1886-87. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 2.

DE

L'ANESTHÉSIE ET DE L'ATROPHIE TESTICULAIRES

Dans l'Ataxie locomotrice progressive

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et publiquement soutenue le 3 novembre 1886

PAR

M. G.-E. RIVIÈRE

Né à Sauveterre-de-Guyenne, le 1er Février 1862

Médecin stagiaire à l'École d'application du Val-de-Grâce,
Ex-interne des Hôpitaux,
Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie normales et pathologiques de Bordeaux.

Examinateurs de la Thèse : MM. PITRES, *Président.*
VERGELY.
ARNOZAN, } *Agrégés.*
MOUSSOUS, }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie
16 — rue Cabirol — 16

1886

1886. FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 2.

DE

L'ANESTHÉSIE ET DE L'ATROPHIE TESTICULAIRES

Dans l'Ataxie locomotrice progressive

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et publiquement soutenue le 3 novembre 1886

PAR

M. G.-E. RIVIÈRE

Né à Sauveterre-de-Guyenne, le 1er Février 1862

Médecin stagiaire à l'École d'application du Val-de-Grâce,
Ex-interne des Hôpitaux,
Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie normales et pathologiques de Bordeaux.

Examinateurs de la Thèse : MM. PITRES, *Président.*
VERGELY.
ARNOZAN, MOUSSOUS, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE A. BELLIER & Cie
16 — rue Cabirol — 16

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES ..... Doyen. — M. DENUCÉ ..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ ..... } Professeurs honoraires.
BITOT ..... }

Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. LANDE. MOUSSOUS.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DUDON
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU et FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enf..	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes.....	MM. VENOT.
Clinique chirurgic. des enf.	BITOT.	Maladies mentales.....	N...

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MÉRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MORACHE

Directeur du Service de santé militaire à Bordeaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

Professeur de clinique ophtalmologique.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

Professeur agrégé à la Faculté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

Professeur de clinique chirurgicale.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PITRES

Doyen de la Faculté de Médecine,

Professeur de clinique médicale.

DE

L'ANESTHÉSIE ET DE L'ATROPHIE

TESTICULAIRES

Dans l'Ataxie locomotrice progressive

INTRODUCTION

Lorsque Duchenne eût déterminé le type nosologique de l'ataxie locomotrice progressive, l'impulsion qu'il donna en France et à l'étranger fit bientôt meubler le cadre symptomatologique de cette maladie. D'innombrables travaux parmi lesquels je citerai ceux de Topinard, de Marius Carre, de Charcot, de Max Hertzberg, de Charles Bland, Dadcliffe, de Leyden, de A. Axenfeld, de J. Althaus, de A. Fournier, de Ross de Manchester, de Trifaud, de Raymond, de Vulpian, de A. Pitres, de Grasset, d'Erb, d'Argyll Robestron, y ont ajouté quelques traits, quelques signes, quelques symptômes qui aident et soutiennent le médecin devant un malade dont le diagnostic n'est pas

toujours facile; mais dans toutes les maladies et surtout dans l'ataxie locomotrice, il reste encore beaucoup à connaître. Le champ est ouvert, et le hasard suffit quelquefois pour amener la découverte d'un petit coin perdu et ignoré.

C'est ce qui arriva à notre maître, M. le professeur Pitres, un jour qu'il faisait des recherches sur les anesthésies et les troubles trophiques consécutifs à la sclérose des cordons postérieurs. Un matin, dans son service, en examinant un tabétique, il s'aperçut que la pression des testicules n'amenait, chez le malade, aucune douleur; il pressa plus fortement, il frappa même l'organe et cela, sans amener la moindre sensation désagréable.

Or, on sait que la contusion du testicule, chez un sujet sain, détermine une douleur excessivement forte *sui generis* dont il se rend très bien compte et qui, si elle est trop vive, amène la syncope. La pression développe une douleur analogue, moins intense, il est vrai, mais parfaitement appréciable.

Frappé de cette anesthésie à la pression et à la contusion, M. le professeur Pitres eut l'idée d'examiner immédiatement tous les tabétiques de sa salle. Sur cinq malades, il constata que trois avaient de l'anesthésie testiculaire complète avec des testicules d'apparence normale; le quatrième avait des testicules normaux avec la sensibilité spéciale à la pression et à la contusion; le cinquième présentait une atrophie très avancée des deux testicules avec conservation de la sensibilité à droite, et anesthésie complète à gauche.

Cette atrophie testiculaire que le malade avait vu arriver peu à peu depuis sa maladie, que la variole, les ourles, la scarlatine, la syphilis n'avaient pas produite, semblait rentrer dans le groupe des troubles trophiques consécutifs aux lésions des centres nerveux et des nerfs. Un cas de ce genre, observé par M. le professeur Fournier (1) et consigné dans ses leçons sur la période prœataxique des tabes, confirmait en quelque sorte l'hypothèse.

Après avoir communiqué le résultat de ses observations à la Société d'anatomie et de physiologie, de Bordeaux (séance du 6 juillet 1886), notre maître nous a laissé continuer ses recherches. C'est à l'étude de l'anesthésie et de l'atrophie testiculaire, dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive, que nous consacrons ce travail.

M. le professeur Pitres nous a guidé dans cette voie. Qu'il nous soit donc permis de lui témoigner ici toute notre reconnaissance pour la bienveillance et les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant le cours de nos études médicales. Que notre excellent maître veuille bien accepter, comme hommage d'une profonde gratitude, la dédicace de cette thèse dont nous lui devons, en même temps que le choix, la plus grande partie des matériaux.

Dans une première partie, nous donnerons le résumé des observations de tabétiques que nous avons pu recueillir depuis la découverte de M. le professeur Pitres. Ces observations nous tiendront en quelque sorte lieu d'histo-

(1) A Fournier. *Leçons sur la période prœatoxique des tabes d'origine syphilitique*

rique, car tous les ouvrages qui ont trait à l'ataxie locomotrice et que j'ai cités plus haut, sont muets sur la question.

Dans une deuxième partie, nous traiterons de l'anesthésie testiculaire; de ses rapports avec le reflexe testiculaire et les fonctions génito-urinaires, de sa fréquence, de sa valeur seméiologique et de ses causes.

La troisième partie sera consacrée à l'atrophie testiculaire; nous étudierons son degré, sa fréquence, sa nature et sa valeur comme symptôme.

Nous terminerons par quelques conclusions.

Nous ne voulons pas terminer ces quelques lignes d'introduction, sans témoigner à M. le professeur Viault, toute notre reconnaissance pour la bonne hospitalité qu'il nous a donnée dans son laboratoire. M. le professeur agrégé Ferré et M. Rochon-Duvignaud ont bien voulu nous guider dans nos études microscopiques. Qu'ils reçoivent ici le témoignage d'une vive gratitude. Nous remercions également M. Boisvert, interne des hôpitaux, ainsi que MM. Chanteloube et Viau qui ont bien voulu nous fournir des documents pour ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Exposé des faits cliniques.

Dans ce chapitre, réservé exclusivement aux faits cliniques, nous avons réuni les observations de tous les tabétiques que nous avons pu rencontrer depuis la découverte de M. le professeur Pitres. Afin d'établir une statistique sérieuse, nous avons cru devoir prendre indistinctement tous les cas de tabes avec ou sans lésions du côté des testicules. Nos lecteurs ne seront donc pas étonnés de trouver au commencement de ce chapitre, quatre observations de malades franchement ataxiques avec des testicules normaux, comme volume et comme sensibilité. C'est pour l'ordre de notre exposition que nous avons agi de la sorte.

Observation I (Personnelle).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire conservée, pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — L. V..., soixante-huit ans, courtier en librairie, entre à l'hôpital Saint-André le 6 juillet 1886, salle 19, service de M. le

Dr Bouvet (1) pour des faiblesses dans les jambes et dans les mains qui l'empêchent de travailler. Nnl antécédent d'affections nerveuses ni chez le malade ni dans sa famille. Rougeole à douze ans, variole à treize ans, sans accidents du côté des testicules, sans complications d'aucune sorte. A vingt ans, blennorrhagie avec épididymite à droite qui disparaît rapidement par le repos et les cataplasmes. A vingt et un ans, chancre induré, et accidents non douteux de syphilis secondaire. traitement mercuriel pendant quelques se maines. En 70, rhumatisme léger aux deux gros orteils qui disparaît au bout d'une semaine par une cure au vin de colchique. De 70 à 82, excellente santé. En 82, le malade devient frileux, il est obligé de porter des bas et des caleçons de laine même pendant l'été. En 83, vertiges et faiblesses dans les jambes. Incoordination motrice qui lui donne dans la rue les allures d'un homme ivre. Perte de l'érection. 1884, 85, même état, mais avec aggravation des accidents : froid, vertiges, faiblesses, dans les jambes et incoordination motrice.

En 86, légers troubles de la miction; le malade pisse avec difficulté et avec douleur. Perte de l'œil droit. Brouillards devant l'œil gauche. Douleurs fulgurantes dans les mains (coups d'aiguille) ongles des doigts très douloureux à la pression. Raideur et douleurs contriction dans les articulations du coude et de l'épaule du côté gauche. Pas d'excès de coït. Pas d'excès d'alcool.

État actuel. — Constitution robuste, très amaigri. V... a conservé toute son intelligence et répond très bien aux questions qu'on lui pose. Dort assez bien la nuit et ne rêve pas.

Organes des sens. — Ouïe normale à gauche, confuse à droite. Cataracte sénile complète à droite, très avancée à gauche. Le peu de transparence du cristallin nous a empêché de voir l'état du fond de l'œil. Signe d'Argyll Robertson. L'odorat, le goût sont conservés. Le

(1) Nous remercions M. le Dr Bouvet du bon accueil qu'il nous a toujours donné dans son service.

tact est légèrement émoussé. V... a comme une une sensation de terre ou de sable dans les deux mains. Pas de troubles trophiques de la peau. Pas de dydrophie du côté des poils ou des ongles.

Appareil digestif. — L'appétit est conservé. La digestion est bonne. Pas de diarrhée. Pas de constipation.

Organes toraciques. — Les poumons, le cœur, le foie et la rate paraissent normaux.

Sensibilité. — Raideur et douleurs constrictives dans les articulations du coude et de l'épaule du côté gauche. Douleurs fulgurantes (coups d'aiguille) dans les deux mains. Sensibilité au chaud et au froid conservée. Sensation de froid très douloureuse. Pas de douleurs fulgurantes dans les jambes. La sensibilité à la piqûre est normale par tout le corps, sauf au niveau de la région palmaire des deux mains où elle est un peu émoussée. En ce point, le malade commet une erreur de lieu de 2 centimètres environ. Pas de retard. Pas de dédoublement dans la perception des sensations.

Motricité. — Les muscles sont en bon état, pas d'atrophie en masse ou localisée. Perte de la notion de position des membres supérieurs et inférieurs les yeux fermés. Marche tabétique. Signe de Romberg. Impossibilité de se tenir sur les pieds, les yeux ouverts ou fermés. Le malade a conservé la sensation du sol. Pas de sensation de coton ni de caoutchouc. Incoordination très prononcée des membres supérieurs. Le malade peut à peine ramasser un objet et le tenir dans la main.

Réflexes. — Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Existence du signe du Westphal. Le réflexe au chatouillement plantaire est exagéré des deux côtés. Le réflexe de Rosenbach est aboli des deux côtés. Pas de signe d'Althaus.

Etat des forces. — M. S. G., 30 kilos; M. S. D., 40 kilos; M. I. G., 12 kilos; M. I. D., 15 kilos.

Organes génit-urinaires. — Les trouble de la miction ont disparu.

Le malade pisse très bien et sent le jet d'urine. Perte absolue de la puissance virile depuis trois ans. L'envie de voir des femmes a disparu avec l'érection. Rien à relever à l'examen des organes génitaux. La peau des bourses et du pénis ne présente rien de particulier; il en est de même de la muqueuse du gland. Rien à noter sur le volume, la consistance des testicules qui paraissent normaux. La peau du pénis et du scrotum, ainsi que la muqueuse du gland, ont une sensibilité normale. Sensation à la pression et à la contusion du testicule normale. Le réflexe testiculaire est diminué à droite et aboli à gauche.

Observation II (communiquée par M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire conservée. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — L..., quarante-cinq ans, boulanger. Pas d'antécédents d'affections nerveuses ni chez lui ni dans sa famille. Jeunesse excellente. A dix-sept ans, chancre induré suivi d'accidents secondaires graves; chute des cheveux, chute des sourcils, croûtes sur tout le corps, etc. Traitement mercuriel la même année et saison à Luchon. L'année suivante, exostoses aux jambes traitées par des sudations excessives sans iodure de potassium ni mercure. Soldat à vingt-un ans, il mène la vie à larges guides. Excès d'alcool et d'absinthe. Excès de coït. Plusieurs blennorrhagies sans orchite. A vingt-deux ans, étant encore au service militaire, douleurs intercostales à type fulgurant (élancements douloureux). Ces douleurs étaient limitées aux côtes, duraient quelques heures, puis restaient trois, quatre et cinq mois sans reparaître. Pas d'autres symptômes pendant cinq ans. A vingt-sept ans, son service militaire étant terminé, crises plus violentes et plus longues que les précédentes, mais les douleurs restent toujours limitées aux côtes. Même état pendant trois ans. Mais,

à trente ans il est pris au retour de son voyage de noces par une crise d'une violence excessive qui le retient au lit pendant trois mois. Les douleurs pendant cette crise s'étendent à tout le corps (sauf la tête et la figure). Un traitement hydrothérapique amène un apaisement notable de ces symptômes et le malade peut reprendre sa vie régulière avec de petites crises tous les huit ou quinze jours. L'année suivante, il va à Ax (Ariége), et à son retour, il a encore une crise violente qui lui dure un mois. Cette grande crise a été la dernière, mais il en a eu plusieurs depuis moins terribles et beaucoup moins longues. En 1878, il va à Dax, se trouve bien de ce traitement et pendant sept ans il va tous les ans y faire une saison, ce qui améliore sensiblement son état. Pas d'autres symptômes subjectifs, si ce n'est un peu de paresse de la vessie depuis quatre ou cinq ans, une constipation opiniâtre, de l'anorexie et des pertes séminales nocturnes avec rêves érotiques depuis très longtemps. A une certaine époque. le malade avait des fausses couches deux à trois fois par nuit. Ces pertes ne correspondaient pas à un besoin vif, car elles arrivaient souvent les nuits où le malade avait vu sa femme. Pas de troubles de la vision.

Etat actuel, septembre 1886. — Le malade n'est pas très amaigri; il est d'une constitution assez robuste. L... se plaint de trois choses : de crises de douleurs aiguës à type fulgurant venant par crises intermittentes et localisées tantôt dans les côtes, tantôt dans les bras, tantôt dans les jambes. Le malade compare ces douleurs à des coups de canif durant une seconde et revenant à intervalles fixes metronomiques toutes les minutes environ. De troubles digestifs caractérisés par une constipation opiniâtre et une anorexie complète. Les digestions ne le fatiguent pas, mais il a quelquefois des crampes douloureuses de l'estomac, surtout la nuit. De lassitude dans les membres inférieurs qui se dissipent aussitôt qu'il a un peu marché.

L... marche du reste très bien, avec une assurance parfaite, les yeux ouverts ou fermés. Pas de signe de Romberg, pas de signe de

Cloche-pied. Il sent très bien la résistance du sol. Pas de sensations de coton ni de caoutchouc. La sensibilité paraît normale dans tout le corps. Il en est de même de tous les organes des sens. Pas de troubles trophiques du côté de la peau, des poils et des ongles. Le réflexe rotulien est conservé et assez ample des deux côtés. Les pupilles sont égales, mais elles sont immobiles à la lumière et à l'accommodation.

Organes génito-urinaires. — La miction est difficile à certains moments, mais le malade a toujours pu pisser debout et a toujours senti le jet d'urine. Erection normale. Pertes séminales nocturnes, fréquentes, sensation voluptueuse normale. Les testicules ont conservé leur volume et leur sensibilité à la pression et au choc.

Observation III (Communiquée par M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire conservée à la pression et au choc. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — B..., trente-six ans, marchand de bois. Nul antécédent d'affections nerveuses, ni chez lui, ni dans sa famille. Pas de maladies graves dans sa jeunesse. A quinze ans, chancre induré, sans accidents secondaires. Traitement sans mercure. Il y a quatre ans, sentiment de gêne, de contriction au thorax. « C'était, dit le malade, comme si j'avais une large ceinture de caoutchouc, trop étroite pour moi. »

Il y a deux ans, douleurs fulgurantes (coups de couteau) dans les membres inférieurs. A la même époque, diminution très notable de la puissance virile. Erections faibles, mais éjaculation normale. Miction lente et pénible. Pas de vertiges, pas de troubles de la vue. Même état en 85.

Etat actuel. Septembre 1886. — Sensation d'engourdissement et de contriction de tout le corps. Hypéresthésie cutanée, généralisée.

Le moindre contact provoque des soubresauts de tout le corps. La peau du tronc est cependant analgésique à la piqûre lorsqu'on enfonce l'épingle hardiment ; il en est de même de celle des membres supérieurs. Le malade est devenu très frileux. La senstion de froid lui est tellement désagréable que, pour se laver les mains, il est obligé de se servir d'eau chaude. Le réflexe rotulien est totalement aboli des deux côtés. Le réflexe, au chatouillement plantaire, est extrêmement exagéré à droite comme à gauche. La résistance du sol est bien perçue ; pas de sensation de coton, pas de sensation de caoutchouc.

Le malade est très peu solide sur ses jambes. Il marche encore assez bien avec les yeux ouverts. Mais, signes de Romberg et du Cloche-pied démonstratifs. Pas de troubles trophiques cutanés, ungéaux, osseux ou articulaires. Les deux pupilles sont égales, pas de diplopie, pas de myosis. Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Les organes des sens paraissent normaux. La vessie est paresseuse ; la miction lente et difficile ; le malade est obligé de pisser accroupi. Diminution de la puissance virile. Les érections sont incomplètes et souvent insuffisantes. La sensibilité testiculaire est conservée. Pas d'atrophie testiculaire. Le malade dort très bien la nuit et ne rêve pas.

Observation IV

(Recueillie par M. Viaud, élève de M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité articulaire conservée à la pression et au choc. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — C..., cinquante-un ans, manœuvre, entre à l'hôpital Saint-André le 7 août 86, salle 16, service de M. le professeur Pitres.

Pas d'antécédents d'affections nerveuses chez le malade ni dans sa famille. Rougeole à quatre ans sans complications d'aucune sorte.

Excellente santé jusqu'à vingt ans. A vingt-un ans, fièvres intermittentes en Afrique, pendant son service militaire, qui persistent pendant dix-huit mois et qui disparaissent enfin par une cure à la quinine. En 1859, blernnorrhagie sans complications du côté des testicules. Pendant la même année, légère attaque de rhumatismes qui disparaît rapidement. En 1865, troubles gastriques assez violents qui cèdent à une cure par l'iodure de potassium. En 1879, bronchite grave qui nécessite son entrée à l'hôpital. Les troubles gastriques reparaissent ; constipation opiniâtre. En 1883, pleurésie droite qui le ramène à l'hôpital. En 1884, il revient encore à l'hôpital, se plaignant d'anorexie, de constipation et d'une sensation de brûlure au creux épigastrique.

Pendant son séjour à l'hôpital, il s'aperçoit que sa marche est très hésitante et qu'il voit les objets doubles. A la même époque, il éprouve des douleurs en ceinture et des douleurs fulgurantes dans le membre inférieur droit (coups d'aiguille). Diminution de la puissance virile. En 1886, il est obligé de revenir à l'hôpital où il était resté jusqu'à la fin de l'année 84.

État actuel. — C... est un homme de constitution moyenne très amaigri. Le malade a bon appétit. Pyrosis. Constipation opiniâtre. Rien à l'examen des poumons. Plus de traces de la pleurésie droite. Quelques accès de toux coqueluchoïde qui prennent le malade subitement et le quittent de même. « On dirait, nous dit-il, qu'on l'étrangle à ce moment là ». Le cœur, le foie, la rate paraissent normaux. Atrophie très avancée de la papille droite. Atrophie commençante à gauche. La diplopie a disparu. Cophose presque complète à gauche. Le malade entend assez bien du côté droit. Le tact, le goût, et l'odorat, sont normaux.

Motricité. — Pas d'atrophie musculaire en masse ou localisée. Incoordination motrice très prononcée. Signe de Romberg. Expérience du Cloche-pied significative. Perte de la notion de position des mem-

bres les yeux fermés. Quelques accidents vertigineux sans perte de connaissance.

Sensibilité. — Normale dans tout le corps. Pas d'anesthésie, pas de retard, pas de dédoublement, pas d'erreurs dans la perception des sensations. Les douleurs en ceinture et les douleurs fulgurantes du début ont disparu.

État des forces. — M. S. D. 36 kil.; M. S. G. 38 kil.; M. I. D. 15 kil.; M. I. G. 14 kil..

État des réflexes. — Le réflexe de Rosenbach est nul à gauche, affaibli à droite. Le réflexe rotulien est aboli à droite et à gauche. Existence du signe de Westphal. Le réflexe au chatouillement plantaire est conservé sans exagération. Existence du signe d'Argyll Robertson.

Fonctions et organes génito-urinaires. — Pas de troubles de la miction. L'appétit génésique a disparu dès l'année 1884. Les érections apparaissent encore mais très rares; lorsqu'elles existent l'éjaculation est normale. Quelques rêves érotiques avec pollutions nocturnes. La peau des bourses et du pénis ainsi que la muqueuse du gland ne présentent rien d'anormal. La sensibilité est normale. Le volume et la consistance des testicules paraissent normaux. Ils sont sensibles à la pression et à la contusion. Le réflexe testiculaire est aboli à gauche, très affaibli à droite. Pas de troubles trophiques appréciables de la peau, des poils, des ongles, des os et des articulations. Pas de trace de syphilis.

Observation V (Communiquée par M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Testicule peu sensible à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — Cl..., trente-trois ans, négociant en grains et farines. Constitution moyenne. Embonpoint conservé. Pas tant d'antécédents

nerveux, ni chez lui ni dans sa famille. Faible et chétif, mais bonne santé jusqu'en 1878; la même année blennorrhagie avec orchite. En 1880, début de la maladie actuelle par crises gastriques. Vomissements incoercibles qu'on n'arrête que par des piqûres de morphine. Ces crises qui revenaient la première année à peu près tous les six mois, deviennent peu à peu de plus en plus fréquentes (quatre mois, deux mois, un mois); jusqu'en 1884, rien autre chose. En 1884, insensibilité du pied gauche; le pied lui paraissait comme engourdi. Quelques mois après, il s'aperçoit que sa pupille droite était plus large que la gauche. Crises fulgurantes en 1885 dans les membres supérieurs et inférieurs. Faiblesse des organes génitaux. L'érection est encore possible, la sensation voluptueuse un peu diminuée. Pas de troubles de la miction, sensation cotonneuse en marchant. Le malade n'a jamais eu la syphilis.

Etat actuel, 13 août 1886. — La pupille droite est plus large que la gauche. Signe d'Argyll Robertson. Les deux pupilles sont mobiles à l'accommodation.

Pas de troubles trophiques cutanés ungueaux, osseux ou articulaires. Le malade aurait eu un mal perforant au pied gauche en 1885-1886. Douleurs fulgurantes légères (coups d'aiguille) par tout le corps, mais moins fréquentes et moins intenses que les crises gastriques. Cl... est devenu très frileux.

Les mouvements des membres inférieurs sont franchement ataxiques. — Signes de Romberg et du Cloche-pied démonstratifs. Les forces sont conservées. La sensibilité des membres inférieurs est émoussée. Pas d'anesthésie complète.

Les organes des sens paraissent normaux.

Organes génito-urinaires. — Rien à noter du côté de la vessie. Pas d'incontinence, pas de rétention. La peau du scrotum et du pénis ainsi que la muqueuse du gland sont normales et parfaitement sensibles.

Les testicules ont une apparence normale. Rien à noter sur leur

volume et sur leur consistance. Mais, en revanche, la sensibilité testiculaire à la pression et à la contusion est très diminuée. Il faut les presser et les frapper très fortement pour que le malade perçoive la sensation spéciale. Il est très frappé de cette expérience et assure qu'autrefois cet organe était beaucoup plus sensible. La puissance virile est très affaiblie. L'érection a lieu encore, mais très rarement. La sensation voluptueuse est très diminuée au moment de l'éjaculation qui est normale.

Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Signe de Westphal.

Observation VI (Communiquée par M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Testicule peu sensible à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — E. B..., quarante-quatre ans, rentier. Pas de maladies nerveuses dans sa famille. Rougeole, coqueluche dans son jeune âge. Excellente santé jusqu'en 1865. La même année, il gagne un chancre induré suivi d'accidents secondaires assez graves qui cèdent à un traitement mercuriel.

En 1874, le malade éprouve un jour en marchant une secousse dans le genou droit, comme un coup de marteau. Deux ou trois mois après, nouveaux coups semblables, et jusqu'en 1878, répétition de cet accident tous les deux trois mois. En 1879, crises de douleurs fulgurantes (coups d'aiguille) dans les membres inférieurs qui reviennent à chaque changement de temps. En 1880, brouillards devant les yeux : la vue baisse rapidement. En 1881, diplopie qui disparaît rapidement au bout d'une quinzaine de jours; la vue devient de plus en plus faible, le malade peut à peine se conduire. La même année, quelques crises gastriques avec sensations de coton à la plante des pieds. Pas de troubles notables de la marche.

En 1883, 1884, 1885, même état avec quelques crises rectales (sen-

sation de corps étranger), quelques légers troubles de la miction qui disparaissent rapidement. Constipation opiniâtre. Affaiblissement notable des organes génitaux. Cependant il peut encore voir des femmes.

État actuel, 29 septembre 1886. — Amaurose presque complète. Pupilles inégales. La droite est un peu plus grande que la gauche. Signe d'Argyll-Robertson. Les pupilles sont mobiles aux efforts d'accommodation. Pas de troubles de la miction. La peau du scrotum et de la verge, la muqueuse du gland paraissent normales et ont conservé toute leur sensibilité. Les testicules, normaux comme volume et comme consistance, sont peu sensibles à la pression et à la contusion. Il faut les frapper et les presser fortement pour que le malade accuse la sensation spéciale.

Diminution de la puissance virile, mais érection encore possible avec éjaculation et sensation voluptueuse.

Troubles notables dans la sensibilité des membres inférieurs. La piqûre n'est pas perçue dans toute la face postérieure des cuisses. Vaste zone d'hypéresthésie sur la partie latérale droite du tronc. Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Quelques douleurs en ceinture depuis deux ou trois mois. Le malade marche assez bien les yeux ouverts ou fermés. Pas de signe de Romberg. Pas de signe du Cloche-pied. Sensation de coton.

Réflexe rotulien très diminué des deux côtés, mais non aboli

Observation VII (Recueillie par M. Chanteloube, dans le service de M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire, diminuée à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — D... Jean, âgé de cinquante-trois ans, manœuvre, entre à l'hôpital St-André, service de M. le professeur Pitres pour des troubles de la vue et de la marche.

Pas d'antécédents nerveux dans sa famille. Jusqu'à 30 ans, santé excellente. A trente-quatre ans blennorrhagie sans orchite. A trente-six ans, chancres volants qui disparaissent au bout de huit jours. A quarante-quatre ans douleurs lombaires que le malade compare à la constriction que produirait une paire de grosses tenailles. A quarante-huit ans pollakiurie sans douleur. A cinquante ans, douleurs fulgurantes. Sensation de coups de couteau dans les membres inférieurs. Troubles de la vue caractérisés par des brouillards devant les yeux. Troubles de l'ouïe. Affaiblissement très notable de la puissance virile. L'appétit génésique disparaît complètement. Quelques rares érections le matin sans éjaculation.

Troubles de la sensibilité caractérisés par des fourmillements à la plante des pieds. Sensation de coton. Enfin la marche devient hésitante.

Faiblesse dans les jambes, tncoordination des membres inférieurs.

En 1884, même état, accompagné de céphalalgie, d'accidents vertigineux qui l'empêchent de monter à une échelle ou de traverser un ruisseau sur une planche. La même année, D... après une chute, voit disparaître aux pieds la sécrétion sudorale qui de tout temps avait été chez lui très abondante. En 1885 et 1886, aggravation des accidents qui nécessitent son entrée à l'hôpital.

Vie assez régulière. Pas de traces de syphilis. Pas d'excès de coït, quelques excès alcooliques. Un peu d'athérome. Le malade avait l'habitude de « tuer le ver ».

Etat actuel, 9 juillet 1886. — Le malade est de haute taille. Son aspect général est celui d'un homme robuste et vigoureux. Il dort bien la nuit et ne rêve pas.

Amblyopie très prononcée à droite, moins accentuée à gauche. Myosis persistant des deux côtés. L'ouïe a perdu beaucoup de son acuité des deux côtés, c'est à peine si le malade entend le tic-tac d'une montre appliquée sur l'une ou l'autre oreille.

Le goût, l'odorat sont normaux. Rien au cœur. Rien aux poumons.

Foie et rate sains. Appétit bon, digestions faciles. Ni constipation ni diarrhée. Les artères sont légèrement atheromateuses.

Appareil génito-urinaire. — La miction s'accomplit très bien. Un peu de pollakiurie sans incontinence. Rien à noter du côté de la peau du scrotum et du pénis. Il en est de même de la muqueuse du gland. La sensibilité y est normale.

Le volume et la consistance du testicule paraissent normaux. La sensibilité de l'organe à la pression et au choc est très diminuée. Il faut le frapper et le presser fortement pour que le malade accuse la douleur spéciale. La sensibilité du testicule droit est plus diminuée que celle du testicule gauche. Le réflexe testiculaire est aboli des deux côtés.

L'appétit génésique a complètement disparu. Le malade a quelquefois des érections qui n'éveillent chez lui aucun désir érotique. Il n'y a pas d'éjaculation.

La peau normale sur tout le corps présente au niveau des pieds, un état légèrement ichthyosiforme. Les ongles des deux gros orteils sont dystrophiés.

Sensibilité. — Les douleurs fulgurantes ont disparu depuis deux mois environ. Mais en revanche, céphalagies persistantes, fourmillements insupportables dans les pieds qui sont toujours froids. La sensibilité légèrement émoussée dans les membres inférieurs est normale ailleurs. Pas d'anesthésie complète. La sensation de froid est très désagréable. Le tact est conservé.

Motricité. — Incoordination très prononcée. Perte de la notion de position des membres les yeux fermés. Signes de Romberg et du Cloche-pied très démonstratifs. Forces notablement diminuées.

Etat des forces. — M. S. D., 36 kilos; M. S. G., 32 kilos; M. I. D., 30 kilos; M. I. G., 20 kilos.

Réflexes. — Réflexe pupillaire à la lumière aboli; Il en est de même du réflexe à l'accommodation. Réflexe de Rosenbach exagéré

des deux côtés. Réflexe rotulien aboli des deux côtés. Signe de Westphal. Le chatouillement plantaire est perçu, mais ne donne lieu au réflexe ni à droite ni à gauche.

Observation VIII (Personnelle).

Ataxie locomotrice confirmée. Testicule peu sensible à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — D... François, soixante-un ans, menuisier, entre à l'hôpital Saint-André, service de M. le professeur Pitres pour des crampes et des faiblesses dans les membres inférieurs.

Pas d'antécédents nerveux personnels ou héréditaires. Excellente santé pendant son jeune âge. A quinze ans et à vingt-deux ans points de côté qui guérissent rapidement et sans le moindre accident.

A vingt-cinq ans, blennorrhagie sans orchite qui disparaît au bout d'un mois. De 25 à 30 ans, nuits troublées par de fréquents cauchemars. Le malade ne faisait pas d'excès d'alcool à cette époque. En 1865, blessure de la jambe gauche suivie d'un phlegmon du pied. De 1866 à 1882, santé excellente. En 1883, pendant l'hiver, fourmillements dans les deux jambes. Brouillards devant les yeux. Au printemps, crampes dans la partie postérieure des cuisses qui l'empêchent de se relever lorsqu'il est assis ou couché. En été, douleurs fulgurantes (coups de couteau) et faiblesses dans les jambes.

En 1884, même état. Le malade est obligé de changer de travail, le sien devenant trop rude. En 1885, même état avec froid aux pieds persistant et douleurs en ceinture. En 1886 (janvier), incoordination des membres inférieurs. Sensation de coton. Marche impossible dans l'obscurité. En février, incontinence d'urine qui disparaît au bout d'un mois environ sans traitement. Mêmes accidents qu'en 1885, mais plus graves.

Pas de traces de syphilis. Pas d'excès alcooliques. Pas d'excès de coït.

État actuel, 27 septembre 1886. — Constitution robuste. Embonpoint conservé. Le malade dort bien la nuit et ne rêve pas.

Organes des sens. — Troubles de l'ouïe caractérisés par des bourdonnements continus. Le malade entend très mal des deux côtés. Du côté des yeux, emblyopie. A l'examen ophtalmoscopique, on constate un commencement d'atrophie des deux papilles. Les pupilles réagissent assez bien à la lumière et à l'accommodation. Le goût, l'odorat, le toucher sont conservés.

Appareil digestif. — Rien à noter du côté de la bouche. Pas de chute des dents. L'appétit est bon, mais les digestions sont difficiles. Les douleurs en ceinture augmentent après le repas. Constipation opiniâtre. Pas de crises gastriques, pas de crises rectales.

Organes thoraciques et abdominaux. — Le cœur, le poumon, le foie, la rate, paraissent normaux. Le ventre est souple, et ne présente rien d'anormal.

Rien à noter du côté des téguments, si ce n'est un léger état ichthyosiforme de la peau au niveau des pieds. Les poils sont normaux. Légère dystrophie des ongles des orteils.

Sensibilité. — Les crampes douloureuses ont disparu, mais en revanche le malade souffre de douleurs en ceinture surtout après chaque repas. De temps à autre, quelques douleurs fulgurantes dans les genoux, les mollets et la partie postérieure des cuisses. Le malade a toujours froid aux pieds. Les fourmillements dans les jambes ont disparu, mais ils ont gagné les doigts. La sensibilité au chaud et au froid est conservée. La sensation de froid est très désagréable. La sensibilité à la piqûre est conservée sur tout le corps.

Motricité. — Le malade est bien musclé. Pas d'atrophie en masse ou localisée. La marche, les yeux ouverts ou fermés, est impossible.

Le malade ne peut même pas se tenir debout les yeux ouverts ou fermés. Les yeux fermés, il n'a pas la notion de la position des membres supérieurs ou inférieurs.

Etat des forces. — M. S. D., 30 kilo; M. S. G., 25 kilos; M. I. D., 10 kilos; M. I. G., 10 kilos.

Le malade a conscience de la perte de ses forces et assure qu'il était autrefois beaucoup plus vigoureux.

Réflexes. — Le réflexe au chatouillement plantaire existe normalement des deux côtés. Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Existence du signe de Westphal.

Le réflexe de Rosenbach existe des deux côtés, mais il est très diminué à gauche comme à droite.

Organes génito-urinaires. — Depuis un mois et demi environ, troubles de la miction. Le malade urine difficilement et avec douleur. La rétention est quelquefois assez forte pour nécessiter l'introduction de la sonde. La prostate est normale.

Perte absolue de l'érection depuis cinq mois. Le malade a perdu tout d'un coup la puissance virile. Pas de désirs vénériens. Pas de rêves érotiques. Pas de pollutions nocturnes. L'examen des organes génitaux ne nous donne rien d'anormal : la peau, les poils du scrotum ne présentent rien de particulier. Il en est de même de la muqueuse du gland. La sensibilité est normale dans ces parties. Le malade sent très bien lorsqu'on le pince, lorqu'on le pique ou qu'on lui arrache des poils.

Le réflexe testiculaire est aboli à droite. Il existe à gauche, mais très diminué. La pression des testicules réveille chez notre malade la sensation *sui generis* qui est l'apanage de tout testicule sain. Il en est de même de la contusion, mais il faut presser et frapper assez fortement l'organe pour la produire. Une pression et un choc qui feraient bondir des individus bien portants ne sont pas perçus par notre malade qui nous assure que ses testicules étaient beaucoup plus sen-

sibles autrefois. Nous n'avons constaté chez notre malade aucune trace de syphilis. Les artères ne sont pas athéromateuses.

Observation IX (Personnelle).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire abolie à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — B... François, quarante-huit ans, manœuvre, entre à l'hôpital Saint-André le 7 septembre 1886, salle 19, service de M. le Dr Bouvet, pour une faiblesse de la vue et une difficulté de la marche qui l'empêchent de travailler.

Nul antécédent d'affections nerveuses ni chez lui, ni dans sa famille. A vingt-quatre ans, blennorrhagie avec orchite à gauche. A vingt-cinq ans, chancre induré avec accidents secondaires peu graves, très bien guéris à l'aide d'un traitement mercuriel. En 1858, fièvres intermittentes (type tierce) qui cèdent à la quinine. En 1874, engourdissement et fourmillements dans la région précordiale. Maux de tête très violents après le dîner. En 1875, engourdissement des deux gros orteils. Douleurs fulgurantes (coups de couteau) dans les jambes; sensation de sable et de coton toutes les fois que le malade appuie le pied sur le sol. En 1876, légers troubles de la miction ; le malade pisse difficilement et avec douleur. En 1878, diplopie qui dure un mois environ, et brouillards persistants devant les deux yeux. En 1884, douleurs en ceinture (hémithorax droit) qui prennent le malade après un bon dîner où il avait fait des excès d'alcool. Aggravation des accidents. En 1886, aggravation de la maladie qui force B... à venir demander des soins à l'hôpital Saint-André.

Etat actuel, octobre 1886. — B... est un homme de taille moyenne bien musclé, assez robuste. Il dort toute la nuit, mais rêve beaucoup ; il a conservé toute son intelligence.

Organes des sens. — L'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher paraissent normaux. Troubles de la vue caractérisés par des brouillards devant les yeux. A l'examen ophtalmoscopique on constate une atrophie assez marquée des deux papilles. Signe d'Argyll Robertson. Les pupilles sont égales, myosis persistant.

Appareil digestif. — Le malade a bon appétit et digère très bien tout ce qu'il prend. Pas de constipation. Pas de diarrhée. Le ventre est souple, rien d'anormal.

Organes thoraciques et abdominaux. — Les poumons, le cœur, le foie, la rate paraissent normaux. Les artères ne sont pas athéromateuses.

Pas de dystrophies unguéales, cutanées ou articulaires.

Sensibilité. — La sensibilité au chaud et au froid est conservée par tout le corps. La sensation de froid n'est pas trop désagréable. Anesthésie complète à la piqûre de la région dorsale des deux pieds. Les autres parties du corps sont sensibles à la piqûre; mais, partout la sensation est obtuse, diminuée et dans tous les points on constate un léger retard avec une erreur de lieu assez considérable. Les douleurs fulgurantes existent toujours dans les membres inférieurs, elles arrivent par crises à intervalles très irréguliers. Les douleurs en ceinture sont toujours cantonnées dans l'hémithorax droit. Comme les douleurs fulgurantes, elles sont augmentées par le plus petit excès d'alcool. La région précordiale est toujours comme engourdie, elle est souvent le siège de fourmillements insupportables.

Motricité. — La marche est possible les yeux ouverts; mais grande incoordination. Signes de Romberg et du Cloche-pied démonstratifs. Perte de la notion de position des membres supérieurs et inférieurs les yeux fermés. Sensation cotonneuse toutes les fois que le malade appuie les pieds sur le sol. Pas d'atrophie musculaire en masse ou localisée.

État des forces. — M. S. D., 50 kilos ; M. S. G., 45 kilos; M. I. D., 50 kilos; M. I. G., 50 kilos.

Réflexes. — Le réflexe au châtouillement plantaire existe des deux côtés. Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Existence du signe de Westphal. Le réflexe de Rosenbach existe à gauche, il est aboli à droite.

Organes génito-urinaires. — Pas de troubles de la miction Le malade pisse très bien. Il sent très bien couler son urine. Rien à noter à l'examen des organes génitaux. La peau et les poils de la verge et du scrotum sont normauxr. Le volume des testicules paraît normal. Au toucher nous n'avons rien trouvé d'anormal. Consistance des deux testicules normale. Notons, cependant, une petite induration de la tête de l'épididyme gauche, reste probablement de l'orchite blennorrhagique dont nous avons parlé plus haut. On peut presser, frapper le testicule de notre malade sans provoquer chez lui la douleur spéciale, *sui generis* que provoquent ordinairement ces manœuvres chez les individus sains. La peau des bourses et de la verge ainsi que la muqueuse du gland ont une sensibilité normale. Le réflexe testiculaire est aboli à gauche, il existe à droite, mais très diminué. Le malade n'a pas eu d'érections depuis onze ans; l'appétit génésique a absolument disparu. Pas de rêves érotiques, pas de pollutions nocturnes.

Observation X (Personnelle).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire abolie à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — L..., cinquante-cinq ans, arrimeur, entre à l'hôpital Saint-André, service de M. le profeeseur Pitres pour des troubles de la vue et de la marche qui l'empêchent de continuer son travail.

Nul antécédent d'affections nerveuses ni chez lui, ni dans sa famille.

Scarlatine à cinq ans. Excellente santé jusqu'à vingt et un ans. A cette époque, soldat en Afrique, il gagne les fièvres intermittentes et s'adonne à l'alcool et à l'absinthe.

Pendant la campagne du Mexique, il contracte la fièvre jaune dont il guérit au bout de deux mois sans complications d'aucune sorte.

En 1871, il a les pieds gelés apres avoir couché dans la neige devant Besançon. Depuis cette époque, chutes fréquentes des ongles des orteils qui sont remplacés par des ongles dystrophiés.

Excellente santé jusqu'en 1879. La même année, au mois de décembre, douleurs fulgurantes (coups de couteau) dans les deux genoux. Troubles de la vue, caractérisés par des brouillards devant les yeux.

Miction douloureuse et difficile. Rétention assez forte pour nécessiter l'usage de la sonde. En janvier 1880 les troubles de la miction disparaissent, mais les douleurs fulgurantes envahissent les deux membres inférieurs qui sont également pris par des douleurs à type térébrant Il semble au malade qu'on lui enfonce un tire-bouchon dans les mollets. A la même époque il éprouve des douleurs en ceinture. En novembre de la même année, incoordination et faiblesse dans les jambes ; sensation cotonneuse, marche impossible dans l'obscurité. Les douleurs en ceinture, les douleurs fulgurantes et térébrantes, l'amblyopie augmentent d'intensité.

Depuis cinq ans, même état avec aggravation toujours croissante.

Notons que notre malade n'a jamais eu la syphilis, qu'il a fait quelques excès de coït et beaucoup d'excès d'alcool et d'absinthe.

Etat actuel, octobre 1886. — L... est un homme robuste, mais très amaigri. Il a conservé toute son intelligence.

Organe des sens. — La vue est très faible. A l'examen ophtalmoscopique on constate une atrophie très avancée des deux papilles.

Les pupilles sont égales et réagissent encore assez bien à la lumière et à l'accommodation ; myosis persistant. Il a parfois de la

dioplopie au moment de certains accès vertigineux qu'il éprouve depuis son entrée à l'hôpital.

Le goût est légèrement émoussé. L..., trouve une saveur amère à tous les aliments. L'ouïe a perdu un peu de son acuité : le malade éprouve des bourdonnements continuels.

L'odorat, le toucher, paraissent normaux.

Organes thoraciques et abdominaux. — Le cœur, les poumons, le le foie. la rate paraissent normaux. Le ventre est souple et ne présente rien d'anormal. L'appétit est bon, la digestion facile; mais le malade se plaint d'une constipation opiniâtre. Pas de crises gastriques. Pas de crises rectales. A l'examen des artères on constate un léger athérome.

Troubles trophiques. — La peau au niveau des fesses et de la partie postérieure des cuisses et des bras est le siège d'une légère desquamation épithéliale qui ressemble un peu à l'ichtyose; ces régions sont tourmentées par des démangeaisons insupportables qui empêchent le malade de dormir. A ce niveau, l'anesthésie est presque complète à la piqûre.

Les ongles des orteils (surtout des deux gros) sont toujours dysptrophiés; ils tombent fréquemment et repoussent avec de grosses stries transversales, depuis la gelure gagnée en 1871. Les poils sont normaux.

Sensibilité. — Toujours les mêmes douleurs et les mêmes sensations de constriction dans les jambes. Les douleurs en ceinture sont également les mêmes. Zone d'hypéresthésie occupant toute la paroi antérieure du ventre. La sensibilité est très émoussée dans les autres parties du corps. On observe chez notre malade un retard assez prononcé dans la perception des sensations. Il y a aussi erreur de lieu, mais pas de dedoublement. L..., sent très bien le chaud et le froid, la sensation de froid lui est très désagréable. Les yeux fermés il perd la notion de position des membres supérieurs et inférieurs.

Motricité. — Pas d'atrophie musculaire en masse ou localisée. Marche encore possible à l'aide d'une canne, mais grande incoordination, Signes du Romberg et du Cloche-pied démonstratifs.

État des forces. — M. S. D. = 32. M. S. G. = 34. M. I. D. = 14. M. I. G. = 14.

Réflexes. — Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Signe de Westphal.

Réflexe au chatouillement plantaire conservé des deux côtés.

Réflexe de Rosenbach exagéré à droite comme à gauche.

Organes génito-urinaires. — Les troubles de la miction ont tout à fait disparu.

L'examen des organes génitaux ne nous révèle rien d'anormal. Rien à noter sur le volume et la consistance des deux testicules. On peut les presser et les frapper fortement sans amener aucune sensation désagréable chez notre malade. La peau des bourses et du pénis, ainsi que la muqueuse du gland sont normales. Leur sensibilié est légèrement émoussée à la piqûre et au pincement. On constate en effet, dans ces régions un retard assez considérable dans la perception des sensations.

Le réflexe testiculaire paraît normal des deux côtés.

Observation XI (Communiquée par M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire abolie à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — D... (Antonin), voyageur de commerce, quarante ans.

Pas d'antécédents nerveux, personnels ou héréditaires, santé excellente jusqu'à l'âge de trente-trois ans. Gagne la syphilis en 1873, Chancre induré avec accidents secondaires légers.

En 1878, début de la maladie par froidures dans les jambes et dou-

leurs dans tous les membres. Légères douleurs fulgurantes, coups d'aiguille en 1881 : la même année, les froidures diminuent. En 1884, crises violentes de douleurs fulgurantes (coups de couteau dans les membres inférieurs et supérieurs). Diminution de la puissance virile. Erection encore possible, mais il ne sent pas qu'il coïte et la sensation voluptueuse fait défaut. « Il éjacule comme s'il urinait » La même année, apparition des douleurs en ceinture.

En 1885, même état avec incoordination motrice, aggravation des accidents et sensation de coton à la plante des pieds.

État actuel, octobre 1886. — D... est un homme de constitution moyenne : il est très affaibli et a maigri beaucoup. Il a toujours de violentes crises de douleurs fulgurantes et de douleurs en ceinture.

La sensation de froid n'existe plus qu'aux pieds.

La sensibilité à la piqûre est assez bien conservée partout le corps, sauf au niveau de la jambe gauche où elle est très obtuse; elle est nulle à la jambe droite. La sensation de froid arrache des cris au malade.

Motricité. — Grande incoordination motrice; le malade marche encore assez bien avec une canne : mais signes de Romberg et du Cloche-pied démonstratifs. Sensation de coton à la plante des pieds. Perte de la notion de position des membres les yeux fermés.

Réflexes. — Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Le réflexe pupillaire est aboli à la lumière et conservé à l'accommodation.

Organes génito-urinaires. — Pas de troubles de la miction. A l'aspect des organes génitaux, on constate que le testicule gauche est beaucoup plus petit que le droit. Le malade nous assure qu'il a toujours été ainsi et que ce défaut de proportion n'est dû ni à la scarlatine, ni à la variole, ni aux ourles. Il nous dit également n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques du côté des bourses. D'ailleurs, la consistance de ce testicule est absolument semblable à celle du testicule droit.

A gauche comme à droite, la sensibilité testiculaire est absolument abolie à la pression et à la contusion.

La peau des bourses et du scrotum, ainsi que la muqueuse du gland, ne présentent rien d'anormal, leur sensibilité, au pincement et à la piqûre est normale. Le réflexe testiculaire est aboli des deux côtés.

La puissance virile a notablement diminué; quelques rares érections, mais le malade ne sent pas qu'il coïte. Tous les huit jours environ le malade a des rêves érotiques suivis d'éjaculation et de sensation voluptueuse.

Organes thoraciques et abdominaux. — Le cœur, le poumon, le foie et la rate paraissent normaux. L'appétit est bon, mais la digestion difficile. Le malade se plaint d'une constipation opiniâtre.

Organes des sens. — Rien à noter du côté des organes des sens qui paraissent normaux.

Le malade a conservé toute son intelligence; la mémoire est bonne. Il dort assez bien la nuit.

Observation XII (Communiquée par M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire abolie à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — D..., quarante-sept ans, a toujours mené la vie à larges guides. Excès de coït, masse de blennorrhagies. Syphilis à trente-deux ans. Chancre induré suivi d'accidents secondaires guéris par un traitement mercuriel. Les premiers accidents du tabes sont survenus en 1875; c'étaient de petits élancements douloureux survenant une ou deux fois par jour dans les membres inférieurs qui deviennent un peu faibles. En 1878, toujours les mêmes douleurs avec faiblesse de la vessie; le malade perd malgré lui quelques

gouttes d'urine dans son pantalon. A cette époque, il commence à éprouver de la peine à marcher la nuit. En 1880, arthropathie du pied gauche à marche rapide. Il devient très frileux et voit diminuer sa puissance virile, mais peut encore cohabiter. En 1884, les douleurs fulgurantes sont plus fortes; le malade marche encore très bien, mais la faiblesse génitale augmente. En 1885, mal perforant au niveau de l'extrémité inférieure du premier métatarsien gauche où siège l'arthropathie. Cet accident guérit au bout de deux mois par le repos et l'iodoforme.

Etat actuel, septembre 1886. — Le malade est vigoureux, bien conservé.

Les douleurs fulgurantes apparaisent à diverses intervalles dans les membres inférieurs. Le malade les compare à la sensation que donneraient dans les jambes des décharges de pile électrique. Elles sont plus fréquentes et plus violentes l'hiver que l'été.

La sensation du sol est obtuse, mais le malade n'accuse ni sensation du coton ni sensation de caoutchouc. Le malade marche encore très bien; il allait encore à la chasse en 1884 et en 1885. Les yeux fermés la marche est moins précise. Signes de Romberg et du Clochepied démonstratifs. Les yeux fermés il perd la notion de position des membres inférieurs et supérieurs.

L'ouïe, l'odorat, le goût sont normaux. La vue est bonne. Les pupilles égales. Elles sont sensibles à l'accommodation, mais insensibles à la lumière. Myosis persistant.

L'anesthésie est presque complète sur toute la jambe gauche et le pied du même côté qui est le siège d'une arthropathie tabétique au niveau de la première articulation metatarso-phalangienne. Il est gros, rouge et toujours en sueur. Sur la face dorsale du pied à l'extrémité inférieure du premier metatarsien, on constate la cicatrice du mal perforant que nous avons mentionné plus haut.

La sensibilité à la piqûre est très émoussée sur toute l'étendue du membre inférieur droit et sur la partie supérieure du membre infé-

rieur gauche. Les autres parties du corps présentent une sensibilité normale.

Le malade est toujours très frileux.

Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés ; le réflexe au chatouillement plantaire est normal à droite comme à gauche.

Les poumons, le cœur, le foie la rate paraissent normaux. L'appétit est bon, les digestions excellentes.

Depuis 1878 le malade a toujours eu quelques légers troubles de la miction, mais ils ne se sont jamais aggravés.

Rien à noter à l'examen des organes génitaux. La peau des bourses et du scrotun, ainsi que la muqueuse du gland sont d'apparence normale : leur sensibilité à la piqûre et au pincement est légèrement émoussée.

Les testicules sont normaux comme volume et comme consistance. On peut les presser, les frapper, sans déterminer chez le malade la moindre douleur.

Le réflexe testiculaire est aboli des deux côtés.

La puissance virile a bien diminué. Cependant, le malade peut encore voir des femmes. L'érection est rare, mais normale. L'éjaculation se fait très vite avec conservation de la sensation voluptueuse. L'appétit génésique est toujours très fort. Pas de rêves érotiques. Pas de pollutions nocturnes.

Observation XIII (Communiquée par M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire abolie à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — R... (Antoine), quarante-trois ans, marchand forain, ne présente aucun antécédent d'affections nerveuses ni chez lui, ni dans sa famille.

Quelques excès alcooliques. Plusieurs blennorhagies. Aucun signe de syphilis. En 1858, quelques douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs que le malade compare à la sensation que donne l'étincelle électrique. Ces crises douloureuses, que la marche fait disparaître, se répètent pendant l'hiver (1868-1869) ; elles disparaissent au printemps et n'ont pas reparu depuis. En 1872, brouillards devant l'œil gauche et ptosis incomplet du même côté. Même état jusqu'en 1878. La même année, la marche devient très difficile dans l'obscurité ; le malade perd l'équilibre lorsqu'il marche la nuit. En 1879, grande faiblesse dans les jambes. La marche devient très hésitante, même en plein jour. Incoordination motrice très prononcée. Diminution lente, mais constante de la puissance virile. En 1880, légers troubles de la miction. Un peu de paresse vésicale. En 1882, douleurs vives dans la région hypogastrique que le malade compare à une sensation de brûlure.

La maladie reste stationnaire pendant trois ans. En 1885, le malade entre à l'hôpital Saint-André à la suite d'une tuméfaction généralisée du membre inférieur droit (arthropathie tabétique de l'articulation du genou).

État actuel, septembre 1886. — Le malade paraît jouir d'une excellente santé.

Le goût, l'odorat, l'ouïe, le toucher sont conservés. Troubles de la vue caractérisés par un brouillard persistant devant les deux yeux. A l'examen ophtalmoscopique, on constate une atrophie commençante des deux papilles. Les pupilles sont égales ; elles réagissent à l'accommodation, mais ne réagissent pas à la lumière. Myosis prononcé. Ptosis incomplet à gauche.

Organes thoraciques et abdominaux. — Les poumons, le cœur, le foie, la rate paraissent normaux. Pas d'athérome. L'appétit est conservé ; les digestions bonnes, mais le malade souffre d'une constipation opiniâtre. Le ventre est souple et ne présente rien à noter.

Pas de troubles cutanés. Les ongles des deux gros orteils sont

tombés en 1872. Ceux qui ont repoussé sont épaissis et présentent des stries transversales.

L'articulation du genou droit est le siège d'une arthropathie très avancée. Les épiphyses articulaires sont tellement lésées que le malade est obligé d'avoir recours à un appareil orthopédique pour marcher. Le genou est gros, tuméfié, mais n'est le siège d'aucune douleur.

Motricité. — Marche ataxique; elle est encore possible avec le secours d'une canne. Signe de Romberg et du Cloche-pied démonstratif. Les yeux fermés, le malade n'a plus la notion de position des membres inférieurs ou supérieurs.

État des forces. — M. S. D., 40 kilos; M. S. G., 41 kilos; M. I. D., 11 kilos; M. I. G., 31 kilos.

Sensibilité. — Le malade n'a pas de douleurs spontanées, il n'en a jamais eu depuis 1868. Pas de crises gastriques. Pas de crises rectales.

La sensibilité au chaud et au froid est conservée. La sensation de froid n'est pas trop désagréable.

La sensibilité à la piqûre, au pincement est conservée, mais un peu émoussée partout le corps et surtout aux membres inférieurs. Erreur de lieu, retard dans la perception des sensations assez notable.

Réflexes. — Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés; signe de Westphal. Le réflexe au chatouillement plantaire est aboli à gauche, diminué à droite.

Organes génito-urinaires. — Pas de troubles de la miction. Le malade n'accuse ni incontinence, ni rétention.

Rien d'anormal à l'examen des organes génito-urinaires. La peau du scrotum et du pubis, ainsi que la muqueuse du gland, sont normales. Leur sensibilité à la piqûre et au pincement est un peu émoussée; on constate un léger retard dans la perception des sensations. Les testicules paraissent normaux sous le rapport du volume et de la consistance, mais ils sont tout à fait insensibles à la pression et à la contusion.

Le réflexe testiculaire est aboli à droite et à gauche. Le malade a de rares érections depuis 1880; l'appétit génésique, qui était assez fort autrefois, a absolument disparu. Quelques rêves érotiques tous les quatre ou cinq mois sans pollutions nocturnes.

Observation XIV. (Recueillie par M. Chanteloube, dans le service de M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire abolie à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — R..., Pierre, quarante ans, chauffeur, entre à l'hôpital Saint-André, service de M. le profeseur Pitres pour faiblesse croissante de la vue et des troubles de la sensibilité et de la locomotion. Aucun antécédent d'affections nerveuses ni chez lui, ni dans sa famille Excellente santé pendant son jeune âge. Rougeole à dix-sept ans. Variole à vingt-un ans sans complications du côté des testicules. A vingt-neuf ans, il contracte la syphilis, chancre unique suivi d'accidents secondaires qui guérissent par le traitement mercuriel. Dix mois plus tard, en 1876, douleurs en ceinture et courbature musculaire. En 1877, douleurs térébrantes du thorax. En 1880, troubles viscéraux (constipation, gastralgie, pyrosis), troubles laryngo-bronchiques (picotements du larynx, toux, suffocation).

En 1881, crises gastriques. Réapparition des douleurs térébrantes au thorax, généralisation de ces douleurs aux cuisses et à la nuque. Brouillards devant les yeux. Bourdonnements dans les oreilles. Les forces s'affaiblissent. En 1882, trouble de la locomotion; incoordination motrice, sensation cotonneuse; marche impossible dans l'obscurité. En 1884, perte absolue de la puissance virile. Pas d'excès d'alcool; pas d'excès de coït.

Etat actuel, juillet 1886. — Le malade, d'une constitution

moyenne, ne paraît pas amaigri. Son sommeil est souvent troublé par des cauchemars.

Organes des sens. — L'ouïe, très faible du côté droit, paraît normale du côté gauche. Les deux oreilles sont fréquemment le siège de bourdonnements.

Troubles de la vue caractérisés par des brouillards devant les yeux. A l'examen ophtalmoscopique on constate une atrophie assez avancée des deux papilles.

Le goût, l'odorat, le toucher paraissent normaux. Organes thoraciques et abdominaux ; cœur, poumons, foie, rate, paraissent normaux.

Sensibilité. — La sensibilité à la piqûre et au pincement est légèrement émoussée dans la partie inférieure du corps ; elle paraît normale dans la partie supérieure. La sensibilité au chaud et au froid est conservée par tout le corps. La sensation de froid n'est pas trop désagréable. R... a toujours des crises de douleurs térébrantes à la nuque, au tronc et dans les membres inférieurs. Ces douleurs apparaissent par accès tous les huit ou quinze jours et durent environ douze heures.

Motricité. — Marche très difficile. Incoordination motrice. Signes de Romberg et du Cloche-pied démonstratifs. Sensation de coton à la plante des pieds. Perte de la notion de position des membres les yeux fermés.

Réflexes. — Réflexe pupillaire à la lumière et à l'accommodation conservé.

Réflexe de Rosenbach aboli des deux côtés.

Réflexe rotulien aboli à droite comme à gauche. Existence du signe de Westphal.

Réflexe au chatouillement plantaire normal des deux côtés;

Etat des forces. — M. S. D., 40; M. S. C., 38. M. I. D., 17. M. I., C., 16.

Organes génito-urinaires. — La miction s'accomplit aujourd'hui normalement.

Rien à relever à l'examen des bourses et de la verge ainsi qu'à celui de la muqueuse du gland. Peau et muqueuse sont normalement sensibles à la piqûre et au pincement.

Les testicules sont normaux comme volume et comme consistance. On peut les presser et les frapper violemment sans déterminer chez le malade aucune douleur.

Depuis 1884 le malade ne peut plus satisfaire ses besoins vénériens. Il a encore quelques érections, mais elles disparaissent toutes les fois qu'il veut pratiquer le coït.

Le réflexe testiculaire est aboli des deux côtés.

Observation XV (Recueillie par M. Chanteloube dans le service de M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire abolie à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — P... Eugène, quarante-trois ans, musicien, entre à l'hôpital Saint-André le 21 juillet 1886, pour des crampes douloureuses et des faiblesses dans les membres inférienrs. Pas d'antécédents d'affections nerveuses dans sa famille. Quant à lui, paralysie atrophique de l'enfance vers l'âge de six mois qui lui laisse le membre inférieur gauche parétique et très atrophié. A douze ans, rougeole sans complications. A seize ans, synovite du tendon de l'extenseur de l'index du coté droit. De dix-sept à vingt et un ans, plusieurs blennorrhagies et accidents de nature probablement syphilitique. De trente à quarante ans, douleurs sourdes, constrictives autour du thorax. A quarante ans, érythème noueux. Anaphrodisie. A quarante-deux ans, fatigue et faiblesse générales. Courbature de tout le corps. A quarante-trois ans, crampes douloureuses dans les membres inférieurs. Diminution de la

puissance virile. Dégoût pour le tabac qu'il aimait beaucoup autrefois Quelques petites douleurs fulgurantes (coups d'aiguille) dans les membres inférieurs. Bourdonnements et sifflements dans les oreilles.

Etat actuel, août 1886. — Constitution assez robuste. Pas d'amaigrissement notable.

Organes des sens. — La vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher sont normaux.

Organes thoraciques et abdominaux. — Le cœur, les poumons, le foie, la rate paraissent normaux. Le ventre est souple et ne présente rien à signaler. L'appétit est bon, mais la digestion pénible; le malade se plaint d'une constipation opiniâtre.

Organes génito-uriraires. — La miction s'opère normalement. La peau des bourses et du pénis, ainsi que la muqueuse du gland, ne révèlent rien d'anormal et sont parfaitement sensibles au pincement et à la piqûre.

Les testicules sont normaux comme volume et comme consistance. Mais on peut les presser, les froisser et les frapper sans déterminer la moindre sensation désagréable.

Perte absolue de la puissance virile. Pas de désir érotiques. Les érections nocturnes sont très rares et ne s'accompagnent jamais d'éjaculation.

Le réflexe testiculaire est très diminué à droite comme à gauche.

Sensibilité. — Le malade ressent encore des crampes douloureuses dans les membres infréieurs, mais à de rares intervalles. Il se plaint d'une faiblesse générale. La sensation du chaud et du froid est très bien perçue. Les corps chauds ou les corps froids produisent chez notre malade une sensation très désagréable. Quand il est au bain, il ne peut toucher ni le robinet d'eau chaude ni le robinet d'eau froide.

Motricité. — La marche les yeux ouverts est très difficile. Incoordination motrice, sensation cotonneuse à la plante des pieds. Signes

de Romberg et du Cloche-pied démonstratifs. Perte de la notion de position des membres les yeux fermés.

Les masses musculaires sont très bien conservées, aux membres supérieurs, au tronc et au membre inférieur droit. Le membre inférieur droit est très atrophié.

Etat des forces. — M. S. D., 46 kilog. ; M. S. C., 45 kilog. ; M. I. D., 4 kilog.; M. I. C,. 2 kilog.

Réflexes. — Le réflexe de Rosenbach est exagéré à gauche et diminué à droite.

Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Signe de Westpal.

Le réflexe au chatouillement plantaire est exagéré des deux côtés.

Le réflexe pupillaire à la lumière et à l'accommodation est normal des deux côtés.

Observation XVI (Personnelle).

Ataxie locomotrice confirmée, sensibilité testiculaire abolie à la pression et au choc. Pas d'atrophie testiculaire.

Résumé. — G... Georges, quarante-sept ans, employé de commerce, entre à l'hôpital Saint-André, le 15 mai 1883, service de M. le professeur Pitres. Transeat en 1885, aux hospices généraux de Pellegrin.

Nul antécédent d'affections nerveuses, ni chez lui ni dans sa famille. Jeunesse excellente. De vingt à trente ans, excès de coït et d'alcool. Masse de blennorrhagies avec orchites à droite et à gauche pendant cette période de dix ans. Le malade nous assure n'avoir jamais eu la syphilis. A trente-un ans, douleurs fulgurantes (coups d'aiguille) et faiblesses dans les membres inférieurs. Les douleurs fulgurantes disparaissent sans traitement au bout de quatre à cinq jours; mais le malade a toujours les mêmes faiblesses. Même état

pendant quatre ans. A trente-cinq ans, seconde crise de douleurs fulgurantes (coups de couteau) dans les membres inférieurs. Ces douleurs, plus intenses que les premières, reparaissent à intervalles irréguliers pendant une période de six mois. A cette époque le malade peut encore marcher; mais ses jambes sont toujours très faibles; il titube lorsqu'il marche la nuit et éprouve la sensation cotonneuse à la plante des pieds. A 36 ans, douleurs térébrantes dans la région lombaire et difficulté croissante pour la marche. Il est obligé de se servir d'une canne. Etat à peu près stationnaire pendant une période de douze années. Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et douleurs térébrantes dans la région lombaire qui reviennent à intervalles très irréguliers. Incoordination motrice. Diminution de la puissance virile. En 1883, incoordination motrice plus prononcée. Le malade perd ses membres dans son lit. Fourmillements dans les membres supérieurs et inférieurs. Troubles de l'ouïe des deux côtés. Diplopie qui disparaît au bout d'un mois environ, incontinence d'urine passagère. Les douleurs fulgurantes et térébrantes ont disparu, mais la faiblesse des jambes existe toujours et s'accentue de plus en plus; il en est de même des fourmillements dans les membres supérieurs et inférieurs; même état pendant deux ans.

Etat actuel, septembre 86. — Le malade paraît avoir une bonne constitution. Les poumons, le cœur, le foie, la rate paraissent normaux. Rien du côté du tube digestif; le malade a bon appétit et digère très bien tout ce qu'il prend. Pas de diarrhée, pas de constipation.

Pas de dystrophies cutanées. Dystrophies légères des ongles des deux gros orteils; ils sont tombés sans cause apparente il y a deux ans, et ont repoussé très épaissis avec des stries transversales.

Réflexes. — Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Signe de Westphal. Le réflexe de Rosenbach est aboli à gauche comme à droite. Le réflexe au chatouillement plantaire est également aboli des deux côtés.

État des forces. — M. S. D., 35 kilos; M. S. C., 30 kilos; M. I. D., 20 kilos; M. I. G., 25 kilos.

Sensibilité. — La sensibilité du malade varie avec la température. Par les temps chauds et secs, elle est normale par tout le corps; par les temps froids et humides, elle est très émoussée. Pas d'anesthésie complète. La sensibilité au chaud et au froid est normale. Les douleurs fulgurantes et térébrantes ont absolument disparu; en revanche, le malade ressent dans les membres supérieurs et inférieurs des fourmillements continus.

Motricité. — Les muscles sont bien conservés; pas d'atrophie en masse ou localisée. Le malade marche difficilement. Incoordination. Signes de Romberg et du Cloche-pied démonstratifs. Les yeux fermés, le malade perd la notion de position des membres.

Organes des sens. — Vue excellente. La diplopie n'a pas reparu. Signe d'Argyll Robertson. Myosis persistant. Cophose complète à droite, commençante à gauche. Le goût, l'odorat sont normaux. Le toucher, normal à gauche, paraît émoussé du côté droit. Le malade reconnaît difficilement avec la main droite les objets qu'on lui présente.

Organes génito-urinaires. — Quelques troubles de la miction (incontinence légère) par les froids vifs ou les temps humides; ils disparaissent avec la chaleur et le beau temps.

La peau des bourses et du pénis, ainsi que la muqueuse du gland, sont normales comme aspect et comme sensibilité.

Les testicules sont normaux comme volume et comme consistance. Leur sensibilité à la pression et à la contusion est absolument abolie.

Le réflexe testiculaire est aboli à droite et très affaibli à gauche.

La puissance virile a absolument disparu. Le malade a des envies génésiques sans érection.

Observation XVII (Communiquée par M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Sensibilité testiculaire abolie à la pression et à la contusion. Pas d'atrophie testiculaire. Mort. Autopsie. Examen microscopique des testicules et des nerfs spermatiques.

Résumé. — M... Eugène, cinquante-six ans, cordonnier, entre à l'hôpital Saint-André, service de M. le professeur Pitres, pour des troubles gastriques et de l'incoordination motrice des membres inférieurs, le 14 juin 1883. Nul antécédent d'affections nerveuses ni chez lui ni dans sa famille. Excellente santé pendant son jeune âge. A neuf ans, fièvres intermittentes. A dix-sept ans, blennorrhagie sans orchite; en même temps, chancre unique de nature douteuse qui guérit après une seule cautérisation au nitrate d'argent. Excellente santé jusqu'à trente ans. Aucun symptôme d'accidents syphilitiques. A trente ans, ulcérations suppuratives à l'anus qui guérissent facilement par des cautérisations au nitrate d'argent. Alopecie rapide. Pas de maux de gorge; pas d'éruptions cutanées; pas de douleurs ostéocopes.

La même année, fièvres intermittentes qui guérissent au bout d'un mois environ. De trente ans à quarante-cinq ans excellente santé. Pas d'excès d'alcool. Pas d'excès de coït. A quarante-cinq ans, sans cause apparente, sans prodrome, vomissements le matin à jeun très pénibles avec sensation de brûlure à l'épigastre. Ces vomissements durent toute la matinée et disparaissent subitement vers midi. Pendant six mois santé excellente. A cette époque seconde crise gastrique qui arrive et disparaît comme la première. Quatre mois se passent, puis nouvelle crise semblable aux deux premières, mais plus intense et plus longue. Bientôt ces crises gastriques reviennent à intervalles plus rapprochés (tous les mois, toutes les semaines) et avec une intensité toujours croissante. Cet état dure pendant cinq années. A quarante-huit ans, les crises gastriques disparaissent presque complè-

tement, mais en revanche de quarante-huit ans à quarante-neuf ans douleurs en ceintures, douleurs fulgurantes (coups de couteau) dans les membres inférieurs. Constipation opiniâtre. Paresse vésicale. Brouillards devant les yeux. Diplopie. Perte des jambes dans le lit. Incoordination motrice. Marche impossible dans l'obscurité. Sensation cotonneuse en marchant. Ataxie confirmée.

Etat actuel, juin 1883. — Constitution moyenne ; le malade assure qu'il a diminué beaucoup comme embonpoint et comme forces.

Etat du système nerveux. — Le toucher est conservé dans les membres supérieurs, très émoussé dans les membres inférieurs . La sensation de chaud et de froid est conservée. Celle du froid est très désagréable. La sensibilité à la piqûre est très émoussée dans les membres inférieurs où on constate des phénomènes de retard et d'erreur de lieu. Pas d'anesthésie complète. La sensibilité est normale dans tout le reste du corps.

Douleurs fulgurantes (coups de couteau) et fourmillements dans les membres inférieurs ; les douleurs en ceinture et les crises gastriques ont disparu.

Motricité. — Pas d'atrophie musculaire en masse ou localisée. La marche est très difficile. Sensation de coton. Incoordination. Signes de Romberg et du Cloche-pied démonstratisf. Le malade les yeux fermés n'a plus la notion de position des membres.

Réflexes. — Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Signe Westphal. Le réflexe au chatouillement plantaire est aboli à droite comme à gauche.

Organes des sens. — Le goût et l'odorat sont conservés. Troubles de la vue caractérisés par de la diplopie et des brouillards devant les yeux. L'examen ophtalmoscopique ne révèle rien d'anormal. Cophose commençante à droite et à gauche.

Organes thoraciques et abdominaux. — Les poumons, le cœur, le

foie et la rate paraissent normaux. L'appétit est bon, les digestions faciles, mais constipation opiniâtre.

Organes génito-urinaires. — Un peu de paresse de la vessie; le malade est obligé de « forcer » le matin pour pisser. Perte absolue de la puissance virile. Les excitations génésiques sont très rares. Pas d'érections; pas d'éjaculation, pas de rêves érotiques.

Troubles trophiques. — La peau ne présente aucun trouble trophique. Les ongles sont normaux, sauf celui du gros orteil gauche qui est strié transversalement.

Pendant deux ans, l'état du malade reste à peu près le même; notons cependant quelques crises gastriques en 1885 et une zone d'hyperthésie à la paroi thoracique dans sa partie latérale gauche.

État actuel, 20 juillet 1886. — Les crises gastriques ont reparu plus rapprochées et plus intenses. Sensation de brûlure au creux épigastrique. Vomissements glaireux et très pénibles. Quelques douleurs fulgurantes à intervalles très élolgnés dans les membres inférieurs et les épaules.

Sensibilité. — Anesthésie presque complète des membres inférieurs à la piqûre et au toucher. La sensibilité est normale dans la partie supérieure du tronc. Zone d'hyperthésie sur la paroi antérieure du thorax à gauche au niveau du sixième et du septième espace intercostal.

Motricité. — Les masses musculaires ont dimiué de volume depuis trois ans. Elles sont flasques et tremblottantes. La marche est tout à fait impossible. Le malade ne sort plus de son lit. La notion de position des membres est complètement abolie.

Organes des sens. — Odorat et goût normaux. Les troubles de la vue n'ont fait qu'augmenter depuis trois ans. Plus de diplopie, mais atrophie très manifeste des deux papilles. Myosis persistant, signe d'Argyll-Roberston. Cophose très avancée à droite comme à gauche.

Réflexes. — Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Signe de Westphal. Le réflexe de Rosenbach est également aboli à droite comme à gauche.

Organes génito-urinaires. — Toujours un peu de paresse vésicale le matin. Pas de rétention proprement dite.

La peau des bourses et du pénis ainsi que la muqueuse du gland ont un aspect normal. La sensibilité au pincement et à la piqûre est normale dans ces régions, sauf dans la partie droite de la verge où on constate une anesthésie complète.

Le testicule droit est plus petit que le gauche (1/2 environ); mais s'il faut en croire le malade il a toujours été ainsi. Au toucher les deux testicules paraissaient avoir une consistance un peu moindre qu'à l'état normal. M... affirme que le testicule droit n'a pas diminué de volume depuis sa maladie. La sensibilité à la pression et à la contusion est absolument abolie. Le malade supporte très bien une pression très forte, un coup de poing sur les deux glandes sans accuser la moindre douleur.

Le réflexe testiculaire est aboli des deux côtés.

Perte absolue depuis quatre ans de la puissance virile. Pas de désirs, pas de rêves érotiques.

Organes thoraciques et abdominaux. — Le cœur, le foie, la rate paraissent normaux. L'examen des poumons nous révèle l'existence de lésions tuberculeuses à droite comme à gauche.

L'appétit a disparu; les digestions sont difficiles. Constipation opiniâtre. Quelques crises rectales (sensation de corps étrangers) qui cèdent à des suppositoires belladonnés.

Etat actuel, septembre 1886. — Etat général très mauvais. Crises gastriques fréquentes. Anorexie. Diarrhées. Fièvre hectique. Amaigrissement extrême. Etat icthyosiforme de la peau au niveau des jambes et des pieds. Léger œdème malléolaire.

Le 20 sepembre, le malade est pris par un hoquet persistant qui revient à chaque inspiration et qui l'empêche de reposer.

21 septembre. — Même état.

Le *22 septembre,* le malade a toujours le même hoquet. Il a plusieurs syncopes dans la journée. Sa faiblesse est extrême.

23 septembre. — Même état, hoquet persistant, faiblesse toujours croissante. Plusieurs syncopes dans la journée et dans la nuit.

24 septembre. — Le malade tombe dans une sorte de coma l'après-midi et meurt dans la nuit. Le hoquet l'avait quitté au moment de l'état cómateux.

Autopsie, 26 septembre. — La rigidité cadavérique est excessivement forte. Le cœur est normal. Nombreuses plaques athéromateuses sur l'aorte. Le foie et la rate sont normaux. Les reins se décortiquent facilement; leur substance est ferme et saine. Le poumon droit est dans presque toute son étendue dur et nodulé. Il est infiltré de granulations tuberculeuses innombrables. Mêmes lésions au poumon gauche dont le sommet est fortement adhérent à la plèvre paritéale. Rien à noter du côté de l'œsophage. La muqueuse de l'estomac au niveau de la grande courbure est rouge livide, mais on n'y trouve pas d'ulcérations. Le péritoine est sain. Les muscles du tronc et des membres sont rouges vifs et nullement atrophiés.

Cerveau. — Pas d'atrophie des nerfs optiques ni des bandelettes optiques. Ilot d'artério-sclérose sur le tronc basillaire. Le bulbe, la protubérance et le cervelet paraissent sains. Rien dans les ventricules latéraux. Rien à noter à la coupe de l'hémisphère droit. En coupant l'hémisphère gauche, on constate à la coupe frontale la présence d'un petit foyer ocreux à parois lisses du volume d'un petit haricot. Ce foyer est situé sur le bord externe et l'extrémité supérieure du segment externe du noyau testiculaire. Il confine à la capsule externe sans la détruire. Il ne s'étend pas en haut jusqu'aux fibres de la capsule interne. Il mesure environ un centimètre et demi de hauteur sur un centimètre de largeur. On n'en trouve plus de trace sur la

coupe pédiculo-frontale ni sur la coupe pariétale. Ce foyer est d'origine évidemment ancienne.

Rien aux méninges céphaliques et rachidiennes.

A l'examen de la moelle on constate une coloration anormale des cordons postérieurs. Ils sont gris dans toute leur étendue. Notons cependant que cette couleur grise étendue à tous les cordons postérieurs de la région dorso-lombaire n'a envahi que les cordons de Goll dans la région cervicale. Les racines postérieures sont grêles et atrophiées; elles sont filiformes dans les régions dorsale et lombaire.

Les testicules ne présentent rien d'anormal. Le testicule gauche pèse 22 grammes, le testicule droit n'en pèse que 12. Ils ont été pesés tous les deux avec l'épididyme qui paraît également normal à droite comme à gauche.

Rien à noter du côté de la vessie. Le liquide des vésicules séminales ne renferme pas de spermatozoïdes.

Examen microscopique. — Testicules. — Durcis par la gomme et par l'alcool, les testicules ne présentent rien de particulier à la coupe. L'examen microscopique des coupes donne les résultats suivants :

Testicule gauche : rien d'anormal.

A l'examen du testicule droit on constate que les parois des canalicules séminifères sont notablement épaissies, et qu'il y a dans l'organe comme une véritable sclérose péricanaliculaire qui, sans étouffer complètement les tubes, en diminue beaucoup le calibre.

Examen histologique des nerfs des cordons spermatiques gauche et droit. — Les nerfs du cordon spermatique recueillis des deux côtés au voisinage des testicules et dans l'intérieur du bassin ont été divisés en segments et immergés pendant vingt-quatre heures dans une solution d'acide osmique au $^1/_{100}$, puis dissociés et colorés par le picrocamimate d'ammoniaque.

Examen histologique. Nerfs du cordon spermatique gauche recueillis au voisinage des testicules. — On ne trouve dans la totalité

des faisceaux dissociés qu'un petit nombre de filaments nerveux très fins qui sont entourés dans une très grande quantité de tissu conjonctif. Ces filaments sont presque exclusivement composés de fibres de Remak ou de fibres atrophiées. Au milieu de ces fibres, on aperçoit quelques fibres à myéline dont la gaîne myélinique est segmentée.

Nerfs du cordon spermatique gauche recueillis dans le bassin. — Les faisceaux nerveux qui composent le nerf sont entourés d'une gangue conjonctive très abondante. Les fibres nerveuses renferment très peu de fibres à myéline et encore ces dernières sont-elles pour la plupart altérées.

Nerfs du cordon spermatique droit recueillis au voisinage du testicule. — On trouve un bon nombre de faisceaux de fibres pâles (fibres de Remak ou fibres atrophiées) nettement reconnaissables et au milieu desquelles on rencontre quelques fibres à myéline à peu près normales ou légèrement segmentées.

Nerfs du cordon spermatique droit recueillis dans le bassin. — Ce nerf paraît constitué par un tissu moins dense que celui du côté gauche. Il renferme d'assez nombreux faisceaux de fibres sans myéline au milieu desquels se trouvent quelques rares fibres myéliniques. Ce nerf paraît moins altéré que son congénère du côté droit.

Observation XVIII.

Ataxie locomotrice confirmée. Atrophie testiculaire droite avec diminution de la sensibilité à la pression et à la contusion. Testicule gauche normal comme volume et comme sensibilité.

Résumé. — P... Jean, mécanicien, quarante-quatre ans, entre à l'hôpital Saint-André en avril 1886, dans le service de M. le professeur Pitres.

Nul antécédent d'affections nerveuses ni chez lui ni dans sa famille. Excellente santé jusqu'à l'âge de trente-cinq ans. Rien à noter, si ce n'est deux blennorrhagies prises au service militaire et qui, bien soignées, disparurent bientôt sans complications d'aucune sorte. Pas de syphilis. En 1876, sans cause appréciable, courbatures musculaires qui disparaissent par le repos et qui reviennent à intervalles très irréguliers. En 1877, les courbatures disparaissent, mais sont remplacées par des douleurs fulgurantes dans les hanches et par des picotements rachialgiques. Jusqu'en 1878, crises fréquentes insupportables. De 1878 à 1880, un peu d'amélioration; les accès reviennent avec moins de fréquence et d'intensité. Au mois de mai 1880, les accès apparaissent de nouveau; ils sont très fréquents et très douloureux. Apparition des premières douleurs en ceinture. Premiers troubles de la locomotion caractérisés par de l'incoordination motrice, sensation de coton et de dénivellement à la marche. En 1881, légers troubles de la miction. Le malade est obligé de pisser accroupi. Quelques crises rectales (sensation de corps étrangers), mêmes douleurs en ceinture, douleurs fulgurantes dans les hanches. Mêmes troubles de la motricité. Même état pendant deux ans. En 1883, douleurs fulgurantes et crampes douloureuses dans les deux membres inférieurs. Deux crises gastriques l'une en mars, l'autre en juillet 1883. La miction est normale, l'érection aussi. La marche est devenue plus facile.

État actuel, septembre 1886. — L'état du malade ne paraît pas s'être aggravé depuis trois ans du côté des organes génito-urinaires. La miction est normale, facile. La peau des bourses et du pénis, ainsi que la muqueuse du gland ne présentent rien d'anormal comme aspect et comme sensibilité. A l'examen des testicules, on constate que le droit est beaucoup plus petit que le gauche (1/2 environ), sa consistance est plus molle qu'à l'état normal et la sensibilité à la pression et au choc est très diminuée. Le malade ignore l'époque où l'atrophie a commencé, mais il assure que ses deux testicules avaient autrefois le

même volume. P... n'a eu ni orchite, ni variole, ni scarlatine, ni syphilis. Le testicule gauche n'a pas diminué de volume ; ce dernier est normal comme sensibilité et comme consistance. Varicocèle assez prononcée à gauche. Le réflexe testiculaire est diminué à droite, il est normal à gauche. Pas d'appétits génésiques. Les érections sont très rares et jamais érotiques. Le malade n'a pas eu d'érection érotique depuis deux ans et demi environ. Pas de rêves, pas de pollutions nocturnes.

Organes des sens. — Le goût, l'odorat, l'ouïe, le toucher, paraissent normaux. Légère amblyopie depuis trois ans. Pas de diplopie. Léger myosis. Les pupilles réagissent très bien à la lumière vive et à l'accommodation.

Sensibilité.— La sensibilité à la piqûre, au pincement est conservée partout le corps, sauf aux membres inférieurs où elle est très émoussée. Retard considérable, erreur de lieu. Les douleurs fulgurantes dans les jambes et dans les hanches, existent toujours, mais ne reviennent que très rarement et avec beaucoup moins d'intensité. Les picotements rachialgiques sont aussi intenses qu'autrefois. Quelques fourmillements dans les membres inférieurs. Les douleurs en ceinture existent avec plus de force qu'auparavant. Depuis deux ans environ, le malade a eu des crises gastriques assez fréquentes, mais elles n'ont pas reparu depuis six mois.

Motricité. — Le malade marche assez bien. Il peut encore, grâce à son énergie, corriger son incoordination. Signes de Romberg et du Cloche-pied démonstratifs. Les yeux fermés, il a la sensation de position des membres supérieurs et inférieurs. Les muscles sont en bon état. Pas d'atrophie notable.

Organes thoraciques et abdominaux. — Les poumons, le cœur, le foie et la rate paraissent normaux. L'appétit est conservé, les digestions excellentes, pas de diarrhée, pas de constipation. Le réflexe rotulien est normal à gauche, il existe à droite, mais diminué. Le

réflexe au chatouillement plantaire est aboli des deux côtés. Le réflexe pupillaire à l'accommodation et à la lumière vive est normal.

Forces. — M. S. G., 57 kilos ; M. S. D., 65 kilos.

Dystrophies. — Pas de dystrophie cutanée, unguéale ou autre.

Observation XIX (Recueillie par M. Boisvert, interne des hôpitaux, dans le service de M. le professeur Pitres).

Ataxie locomotrice confirmée. Atrophie testiculaire des deux côtés avec conservation de la sensibilité à gauche et anesthésie complète à la pression et à la contusion à droite.

Résumé. — V..., cinquante-quatre ans, constitution moyenne, assez robuste. Nul antécédent d'affections nerveuses ni chez lui, ni dans sa famille. Variole à six ans. Depuis, excellente santé jusqu'en 1866. La même année, sciatique unilatérale gauche se reproduisant périodiquement chaque année à la fin de l'été et de l'automne, et durant de quinze jours à trois semaines. En 1871, syphilis, chancre unique avec accidents secondaires traités et guéris par un traitement mercuriel. En 1881, affaiblissement progressif de la vue. Quelques mois plus tard, incoordination des mouvements de la main, le malade ne peut qu'avec peine rouler une cigarette ; il éprouve de la difficulté à rayer ses cahiers, laisse échapper sa règle et tomber son crayon. En 1882, douleurs fulgurantes (coups de couteau) dans les membres supérieurs et inférieurs. Troubles de la locomotion. En 1883, il entre à l'hôpital Saint-André et, pendant son séjour, M. Boisvert constate sur tout le corps une diminution très marquée de la sensibilité à la piqûre, au contact et à la température. Retard très marqué dans la perception des sensations, pas d'erreur de lieu. Les douleurs fulgurantes des membres supérieurs et inférieurs existent toujours. La marche est difficile. Pas de sensation de coton, mais signes de Romberg et du Cloche-pied

démonstratifs. Le réflexe rotulien est conservé des deux côtés, mais notablement diminué. Le goût, l'odorat sont conservés. Troubles de la vue caractérisés par un brouillard épais devant les yeux. A l'examen ophtalmoscopique, on constate une atrophie très avancée des deux papilles. Myosis persistant. Signe d'Argyll Robertson. Diminution très notable de la puissance virile. En 1884, à sa sortie de l'hôpital, il est pris de douleurs en ceinture et de cystalgie violente accompagnée d'un peu de rétention urinaire. La miction est lente et douloureuse. Les troubles vésicaux disparaissent assez rapidement, mais en 1885 les douleurs fulgurantes, les troubles constants de la vue, l'incoordination des mouvements ramènent le malade à l'hôpital Saint-André.

État actuel, août 1886. — Les poumons, le cœur, le foie, la rate, tous les organes thoraciques et abdominaux paraissent sains. L'appétit est conservé, les digestions se font bien. Alternatives de diarrhées et de constipations. Pas de crises gastriques, pas de crises rectales.

Sensibilité. — La sensibilité au contact et à la piqûre au chaud et au froid est conservée, mais semble exagérée par tout le corps. Retard et erreur de lieu assez notable dans la perception des sensations. Les douleurs fulgurantes et les douleurs en ceinture ont cessé depuis le mois de mars dernier. Elles ont fait place à des fourmillements continuels et insupportables qui siègent dans les mains et dans les pieds.

Motricité. — Pas d'atrophie musculaire en masse ou localisée. La marche est encore possible, très hésitante, grande incoordination, signe de Romberg et du Cloche-pied démonstratifs. Perte, les yeux fermés, de la notion de position des membres supérieurs et inférieurs.

Organes des sens. — Le goût, l'odorat sont conservés. Cophose très prononcée à gauche et commençante à droite. Amaurose presque complète. A l'examen ophthalmoscopique on constate une atrophie très prononcée des papilles. Les pupilles sont égales. Myosis persistant. Signe d'Argyll Robertson.

Organes génito-urinaires. — Le malade n'a pas de troubles de la

miction qui est facile et normale. La peau des bourses et du pénis, la muqueuse du gland ne présentent rien de particulier. Leur sensibilité paraît un peu émoussée au pincement et à la piqûre. A l'examen des testicules, on constate qu'ils sont très atrophiés, qu'ils ne sont guère plus gros qu'une petite fève ; ils sont mous, flasques au toucher et ne présentent ni nodosités, ni bosselures. V... nous assure que ses testicules étaient beaucoup plus gros autrefois et que cette atrophie est survenue peu à peu depuis l'année 1883.

S'il faut en croire le malade, ses testicules actuels n'auraient pas le cinquième de leur volume primitif. Le testicule droit est tout à fait insensible à la pression et au choc ; le gauche a conservé sa sensibilité normale. Le réflexe testiculaire est aboli du côté droit, il est considérablement diminué du côté gauche. Perte absolue de la puissance virile. L'appétit génésique a complètement disparu ainsi que les érections. Pas de rêves érotiques, pas de pollutions nocturnes.

Réflexes. — Le réflexe rotulien est aboli des deux cotés ; existence du signe de Westphal. Le réflexe de Rosenbach est également aboli des deux cotés ; le réflexe au chatouillement plantaire est abolie à droite comme à gauche. Pas de troubles trophiques de la peau. Légère dystrophie des ongles des orteils (surtout des gros). Ils sont épaissis et striés transversalement.

Observation XX, Recueillie par M. Boisvert, interne des hôpitaux (Hospice de Pellegrin).

Résumé. — L... (Elie), soixante-un ans, hospice des Incurables. Nul antécédent d'affections nerveuses ni chez lui ni dans sa famille. rougeole à six ans sans complication d'aucun sorte. A vingt-cinq ans, blennorrhagie sans orchite. A vingt-six ans, amblyopie passagère qui ne dure pas plus de quarante-huit heures. A trente-six ans, le malade éprouve de la difficulté à monter et à descende les escaliers, faibles-

ses dans les jambes. De trente-six à trente-huit ans, période de surexcitation génitale ; puis diminution et perte de la puissance virile. A la même époque crises gastriques et douleurs fulgurantes (coups de couteau) dans les talons. Incoordination. Courbature générale. Même état jusqu'à quarante-cinq ans. A cette époque, il se fracture la cuisse gauche au 1/3 inférieur en sortant ses bottes. Il entre à l'Hôpital Saint-André; il guérit, mais gagne une nouvelle fracture à la même cuisse en sortant de l'hospice. Depuis cette époque, il ne peut plus se déplacer que sur une petite voiture. A quarante-neuf ans, il entre aux Incurables. La même année il tombe sur l'épaule gauche qui se luxe et ne peut reprendre son état normal. Quelques jours après nouvelle chute et luxation de l'épaule droite qu'on réduit facilement. Il n'a pas quitté le lit depuis 1884. Pas d'alcoolisme. Pas de syphilis.

État actuel. — L... est un homme d'une constitution moyenne; il est très amaigri et très affaibli; il ne peut sortir de son lit.

Organes des sens. — Le goût, l'ouïe, l'odorat sont normaux. La vue est encore bonne. Les pupilles sont égales; mais myosis persistant et signe d'Argyll-Robesrton.

Organes génito-urinaires. — Un peu d'incontinence d'urine depuis cinq ans. Le malade ne sent pas qu'il pisse. Il y a à peu près six ans que le malade n'a plus d'érection. Pas de désirs génésiques, pas de rêves voluptueux.

A l'examen des bourses et du pubis, on constate que les poils de ces régions sont presque tous tombés. La peau du scrotum et du pénis ont une sensibilité normale à la piqûre et au pincement.

Le testicule droit est normal comme volume et comme consistance; le gauche est très atrophié : il n'est pas plus gros qu'un haricot et sa consistance est molle et gommeuse. La sensibilité testiculaire, à la pression et au choc est très diminuée des deux côtés.

Le réflexe testiculaire est aboli des deux côtés.

Motricité. — La marche est impossible. Les yeux fermés, le malade n'a plus la notion de position des membres inférieurs ou supérieurs. Pas d'atrophie musculaire en masse ou localisée.

Sensibilité. — Toujours les mêmes douleurs fulgurantes (coups de couteau) dans les talons. Ces douleurs reviennent à intervalles assez réguliers (tous les deux mois environ). La sensibilité au chaud et au froid est conservé par tout le corps. La sensation de froid n'est pas désagréable.

La sensibilité à la piqûre est émoussée aux membres inférieurs et supérieurs. Le malade commet une erreur de lieu de deux ou trois centimètres et présente des phénomènes de dédoublement et de retard. La zone du cubital gauche est anesthésique complète.

Réflexes. — Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés; il en est de même du réflexe de Rosenbach. Le réflexe, au chatouillement plantaire est également aboli à droite comme à gauche.

Organes thoraciques et abdominaux. — Les poumons, le cœur, le foie, la rate paraissent normaux. L'appétit est bon, la digestion facile. Le ventre est souple et ne présente rien à noter; pas de diarrhée, pas de constipation.

CHAPITRE II

De l'anesthésie testiculaire dans l'ataxie locomotrice progressive.

Par anesthésie testiculaire dans l'ataxie locomotrice progressive, nous entendons l'abolition de la sensation *sui generis* qu'amène chez les malades la pression ou la contusion des testicules.

L'anesthésie peut être complète ou incomplète.

Elle est complète lorsqu'en pressant et en frappant les testicules, on ne provoque chez le malade aucune sensation désagréable. Il sent le contact, mais n'accuse aucune douleur.

Elle est incomplète lorsque la sensation spéciale est plus ou moins émoussée à la pression et au choc. Cette diminution de la sensibilité testiculaire ne peut être mesurée exactement par l'observateur, elle n'est bien accusée que par le malade lui-même qui compare la sensation actuelle à celle qu'il percevait autrefois.

L'anesthésie incomplète paraît marcher progressive-

ment vers l'anesthésie complète. Nous n'osons rien affirmer, car nous n'avons pu observer qu'un seul malade, le nommé D... (Obs. VII), atteint d'anesthésie testiculaire incomplète.

Du mois de juillet au mois d'octobre la sensibilité testiculaire à la pression et au choc a notablement baissé ; au dire du malade, il faut aujourd'hui presser et frapper deux fois plus fort ses testicules pour amener la même douleur qu'il percevait en juillet.

Le temps nous a manqué pour trancher la question : mais d'après ce cas nous serions porté à croire que chez tous les tabétiques le même phénomène se reproduit et que l'anesthésie incomplète tourne à l'anesthésie définitive.

Un testicule peut-il être frappé tout d'un coup d'anesthésie complète dans la sclérose des cordons postérieurs ? Là encore l'expérience nous fait défaut. Il faudrait suivre des tabétiques pendant des mois et des années pour résoudre le problème.

Cependant, vu la marche progressive des symptômes du tabes, il est, croyons-nous, plus normal de penser que le malade voit d'abord s'émousser la sensibilité testiculaire qui arrive peu à peu à disparaître et à faire place à l'anesthésie complète. Mais tous ces faits sont hypothétiques, et il convient de les réserver, de les laisser à l'étude et d'attendre que de nouvelles observations viennent les annihiler ou les confirmer.

Notre but dans ce travail est de mettre en évidence tout ce qui ressort clair et net des vingt observations qui précé-

dent au sujet de l'anesthésie testiculaire chez les tabétiques. Aussi exposerons-nous certains points sans les discuter, car le temps nous a complètement manqué.

État des testicules dans l'anesthésie testiculaire.

Le testicule en état d'anesthésie complète ou incomplète a le plus souvent l'apparence normale. Son volume, sa consistance ne présentent rien à signaler ; il n'est ni mou, ni dur, ni bosselé ; il occupe sa place habituelle ; le malade n'en souffre pas et on est très étonné de voir cet organe qui paraît sain présenter ce singulier phénomène.

Cependant dans certains cas (Obs. XVIII, XIX, XX), l'anesthésie testiculaire coïncide avec une atrophie très notable et quelquefois très avancée de l'organe.

Rapports de l'anesthésie testiculaire avec la peau des bourses et du pénis et avec le réflexe testiculaire.

Dans les cas d'anesthésie complète ou incomplète avec atrophie ou sans atrophie, la peau des bourses et du pénis est généralement normale comme aspect et comme sensibilité. Cependant (Obs. X et obs. XII) la sensibilité de la peau des bourses et du pénis est légèrement émoussée. Le pincement et la piqûre sont vaguement perçus et les malades commettent une erreur de lieu de 2 ou 3 centimè-

tres dans la perception des sensations. L'observation XVII nous donne un malade dont la peau des bourses est sensible dans toute son étendue, mais dont la peau du pénis est sensible à gauche et insensible à droite. Les observations X, XII et XVII ne nous révèlent aucun trouble trophique de ces régions. Il n'en est pas de même de l'observation XX; ici la sensibilité de ces régions est normale, mais le scrotum et le pubis ont perdu tous leurs poils; cette chute des poils, qui n'a été causée par aucune maladie intercurrente, est vraisemblablement d'origine trophique et amenée par la maladie actuelle. Quoi qu'il en soit, les troubles de sensibilité et les troubles trophiques de la peau des bourses et du pénis ne paraissent pas intimement liés à l'anesthésie testiculaire.

Les rapports du réflexe testiculaire avec la perte de la sensibilité de la glande paraissent être un peu plus importants.

Il n'a pas été pris dans les observations V et VI, mais il a été régulièrement contrôlé dans toutes les autres, et nous pouvons dire que dans les cas d'anesthésie complète ou incomplète, il est aboli outrès diminué. Cependant, l'abolition du réflexe testiculaire ne coïncide pas toujours avec l'anesthésie complète. Nous voyons, en effet, dans les observations qui précèdent, des cas d'anesthésie complète avec simplement de la diminution du réflexe testiculaire, et des cas d'anesthésie incomplète avec son abolition absolue.

Toutefois, la perte ou la diminution du réflexe testiculaire n'entraîne pas fatalement l'anesthésie de la glande, puisque

(Obs. X) chez un malade qui présente de l'anesthésie testiculaire complète, le réflexe testiculaire est normal des deux côtés et que les observations I et IV nous donnent des malades avec des testicules normaux présentant une abolition complète et une diminution très notable de ce réflexe.

Rapports de l'anesthésie testiculaire avec les organes génito-urinaires.

Ici rien de bien précis. Les observation, VII, VIII, XII, XIV, XVII, nous signalent quelques légers troubles de la miction chez des anesthésiques complets ou incomplets. Mais ces troubles paraissent être tout à fait indépendants de l'anesthésie testiculaire, car ils sont généralement intermittents et calmés ou augmentés par des causes qui n'ont ancun rapport avec l'anesthésie de la glande. Témoin l'observation. XVI, où les troubles de la miction amenés par le froid et l'humidité disparaissent avec la chaleur et le beau temps.

La relation de l'anesthésie testiculaire avec la puissance virile semblerait au premier abord être de la dernière importance; mais là encore nous ne pouvons établir rien de bien précis. Dans tous les cas d'anesthésie, nous trouvons de l'abolition complète ou une grande diminution de la puissance virile; cependant l'impuissance est loin de marcher de pair avec l'anesthésie.

Nous voyons, il est vrai, dans nos observations, des

malades tout à fait impuissants avec de l'anesthésie complete; mais en revanche nous trouvons aussi (Obs. XI) un malade anesthésique testiculaire complet dont la puissance virile a notablement baissé, mais qui peut encore cohabiter, qui a des érections et des éjaculations normales. D'un autre côté, parmi nos anesthésiques incomplets (Obs. VII VIII), la puissance virile a totalement disparu. Enfin dans les quatre premières observations où nous ne relevons aucun trouble de sensibilité testiculaire, nous trouvons également chez tous ces malades de l'impuissance complète ou incomplète. L'anesthésie testiculaire n'est donc pas intimement liée à l'impuissance.

Une autre question s'impose; c'est la relation de l'anesthésie avec la puissance génératrice. Un tabétique atteint d'anesthésie complète ou incomplète, peut-il procrier? A-t-il des spermatozoïdes? Nos recherches à ce sujet et « on le comprend », sont très incomplètes et nous ne pouvons donner que le résultat de l'examen d'un seul malade, le nommé D... (Obs. XI) atteint d'anesthésie complète, et sujet quelquefois à des pollutions nocturnes. Deux examens de taches de sperme recueillies sur la chemise du malade ne nous ayant pas donné de spermatozoïdes, nous avons prié D... d'étaler sur des lamelles de verre le liquide qu'il perdait après ses pollutions. Il s'est très bien prêté à notre expérience et a pu nous donner un matin deux lamelles recouvertes de son sperme. Notre examen microscopique contrôlé par notre ami M. Rochon-Duvignaud, préparateur du laboratoire d'histologie, ne nous a

pas révélé l'existence de spermatozoïdes dans la semence du malade. Par conséquent, le malade n'ayant jamais eu d'orchites bleonnrrhagiques, syphilitiques ou autres, si les spermatozoïdes ont manqué à l'examen microscopique, c'est vraisemblablement aux altérations du testicule dépendantes du tabes, qu'il faut rapporter leur absence.

A l'observation de D..., j'ajouterai les résultats, de l'observation de M... (Obs. XVII), mort et autopsié, chez lequel les vésicules séminales renfermaient un liquide absolument dépourvu de spermatozoïdes. M... avait eu une blennorrhagie dans sa jeunesse sans orchite et ses testicules n'avaient jamais été frappés par des accidents consécutifs aux ourles, à la variole, à la scarlatine ou à la syphilis.

D'après ces deux observations, l'impuissance génératrice semblerait être intimement liée à l'anesthésie testiculaire. Mais il ne serait pas impossible que les testicules de certains tabétiques aient perdu la faculté de créer des spermatozoïdes tout en ayant conservé leur sensibilité normale. N'ayant pas eu l'occasion d'examiner le sperme de tabétiques ne présentant pas d'anesthésie, nous n'osons pas affirmer qu'il y a relation étroite entre l'anesthésie et l'absence de spermatozoïdes.

Rapports de l'anesthésie testiculaire avec l'âge des tabétiques et avec la syphilis.

Dans ce paragraphe, pas plus que dans les précédents, nous ne pouvons établir des faits certains. L'anesthésie

testiculaire frappe le tabétique à tout âge ; il y a des anesthésiques complets à quarante ans, à quarante-sept ans, à quarante-neuf ans (Obs. XI, XII, XIII), comme il y a sensibilité normale à soixante-huit ans (Obs. I). Mais si, au lieu de prendre l'âge de l'individu, nous prenons l'âge de sa maladie, nous constatons que l'anesthésie est en rapport assez direct avec le nombre d'années qui nous séparent du début du tabes. C'est surtout chez des tabétiques anciens que nous avons trouvé ce symptôme. L'anesthésie complète, s'il faut s'en rapporter à nos observations, existe chez des tabétiques qui ont en moyenne huit à douze années de maladie.

Ce symptôme ne serait donc pas un signe du début, il arriverait peu à peu dans le cours du tabes et son rapport à peu près nul avec l'âge de l'individu semblerait être étroitement lié à l'âge de la maladie elle-même.

Passons maintenant à la relation qui pourrait exister entre l'anesthésie testiculaire et la syphilis. On sait que le testicule syphilitique est insensible, ainsi que l'atrophietesticulaire, consécutive, au sarcocèle syphilitique ; mais dans nos observations, aucun de nos malades n'a été atteint de cette affection ; les interrogations les plus minutieuses ne nous ont rien révélé, même chez ceux qui présentaient de l'atrophie testiculaire avec anesthésie de l'organe. D'un autre côté, les observations V, VIII, X, XIII, XVI, XVIII, XIX, toutes d'individus chez lesquels nous n'avons trouvé aucune trace d'accidents syphilitiques, sont assez concluantes et nous montrent que la syphilis n'est pour rien dans

l'anesthésie du testicule. Enfin, dans les trois premières observations, se trouvent des malades franchement syphilitiques et qui ne présentent pas ce symptôme. Par conséquent, il est, je crois normal, de considérer comme sans valeur les rapports de la syphilis avec l'abolition de la sensibilité testiculaire.

Fréquence et valeur de ce symptôme.

La statistique personnelle à laquelle j'emprunte les matériaux de ce travail me fournit, sur vingt tabétiques, les résultats suivants :

Quatre cas (Obs. I, II, III, IV), parmi lesquels nous trouvons des testicules normaux comme volume et comme consistance avec conservation de la sensibilité testiculaire à la pression et au choc.

Quatre cas (Obs. V, VI, VII, VIII) où nous avons diminution très notable de la sensibilité testiculaire avec conservation du volume et de la consistance de la glande.

Neuf cas (Obs. IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII), où la consistance et le volume des testicules sont toujours d'apparence normale, mais où la sensibilité a complètement disparu.

Un cas (Obs. XVIII) où la glande, d'apparence normale à gauche et légèrement atrophiée à droite, présente une sensibilité parfaite à gauche et une anesthésie incomplète à droite.

Un cas où le testicule droit normal et le gauche légèrement atrophié présentent tous les deux une diminution très notable de la sensibilité (Obs. XX).

Enfin un dernier cas (Obs. XIX), où les testicules sont très atrophiés et où la sensibilité parfaitement conservée à gauche est totalement abolie à droite.

D'après ce qui précède l'atrophie testiculaire mise de côté, nous voyons que sur vingt cas, quatre seulement ont conservé la sensibilité testiculaire et que, parmi les seize autres, six sont anesthésiques incomplets, neuf anesthésiques complets et un anesthésique complet à droite avec conservation de la sensibilité à gauche.

Ce symptôme est donc très fréquent dans le tabes. Nous avons peut-être été favorisé par le hasard, mais nous pouvons dire ici qu'il n'y a aucun choix dans nos observations et que, pour établir une statistique sérieuse, comme nous l'avons dit plus haut, nous avons recueilli sans distinction et sans parti-pris, tous les tabétiques que nous avons pu rencontrer.

Vu sa fréquence dans le tabes l'anesthésie testiculaire aurait donc une assez grande importance comme valeur semécologique puisque dans nos observations, seize cas sur vingt présentent des anesthésies testiculaires complètes ou incomplètes. Cependant il ne s'en suit pas qu'un testicule atrophié et insensible en dehors des affections primitives de cet organe doive appartenir fatalement à un tabétique. Nous aurions désiré savoir si l'anesthésie testiculaire pouvait être causée par des maladies de la moelle,

autres que la sclérose des cordons postérieurs, par des myélites tranverses, par des myélites par compression, par la sclérose en plaques, etc., etc. Mais nous n'avons pu recueillir un nombre suffisant de faits pour pouvoir nous faire une opinion à ce sujet.

Causes de l'anesthésie testiculaire.

La syphilis ne jouant aucun rôle dans l'anesthésie testiculaire survenue dans le cours du tabes, nous aurions été très embarrassé de donner notre idée sur les causes de ce symptôme si l'autopsie du nommé M... (Obs. XVII) n'était venue nous donner quelques éclaircissements.

Sans doute, depuis les récents travaux de MM. Déjerine (1), Leloir, Pitres et Vaillard (2), nous devions songer à des troubles dans l'innervation des testicules, à une sorte de névrite viscérale tenant sous sa dépendance l'insensibilité de la glande comme les névrites périphériques commandent l'anesthésie de certains territoires cutanés. L'examen microscopique des nerfs du cordon spermatique de M... semble confirmer l'hypothèse. Nous n'osons rien affirmer, car les faisceaux des nerfs spermatiques normaux présentent après dissociation beaucoup de fibres de Remak

(1) Déjerine, *Arch. Phys.*, 1884.

(2) Pitres et Vaillard, *Contribution à l'étude des névrites périphériques dans le cours de la convalescence de la fièvre typhoïde* (*Revue de médecine*, 1885). *Névrites périphériques chez les tuberculeux* (*Revue de médecine*, 1886).

qui, par leur ressemblance avec les fibres myéliniques atrophiés, pourraient entraîner une erreur. Cependant, les quelques fibres à myéline que nous avons rencontrées dans les nerfs spermatiques de M..., sont altérées, et d'un autre côté, en comparant ces nerfs à ceux recueillis sur le cordon spermatique d'un malade mort de tuberculose dans le service de M. le Dr Davezac, on trouve une très grande différence. L'anesthésie testiculaire serait donc, comme les anesthésies cutanées, d'origine névritique.

CHAPITRE III

De l'atrophie testiculaire dans l'ataxie locomotrice progressive.

Dans ses leçons sur la période prœataxiqne du tabes d'origine syphilitique, M. le professeur A. Fournier (1) s'exprime ainsi à propos d'une atrophie testiculaire double survenue chez un malade atteint d'ataxie locomotrice progressive. « Sous toutes réserves, je suis porté à croire que l'atrophie » testiculaire peut-être une manifestation, une conséquence » du tabes. J'ai vu, en effet, chez un malade tabétique, les » deux testicules, s'atrophier soudainement et d'une façon » extraordinaire (au poimt d'être réduits au volume d'une » tonte petite olive ou d'un haricot) sans que la moindre » cause étrangère au tabes fût intervenue, c'est-à-dire, » sans orchite, sans oreillons, etc., etc. Le tabes seul » se présentait, en l'espèce, comme raison possible de ce » singulier accident.

(1) A. Fournier. *Loc. cit.*

» A la vérité, je n'ai jamais observé qu'un cas de ce » genre. Donc, je ne puis rien conclure d'un fait unique. » Mais, ce fait m'a vivement frappé — et même convaincu » — par les conditions toutes spéciales où il s'est produit; » et je le signale à l'attention de mes confrères. »

Nous avons été plus heureux que M. le professeur Fournier, car, dans nos vingt observations nous trouvons trois malades qui présentent le même phénomène à des degrés différents, il est vrai, mais tout à fait manifeste.

Notre premier malade (Obs. XVII) a le testicule droit beaucoup plus petit que le gauche (1/2 environ); il est mou au toucher et sa sensibilité à la pression et au choc est très émoussée. Le testicule gauche est normal. Le malade ignore l'époque où a débuté cette atrophie et il il affirme que son testicule droit avait autrefois le même volume que le gauche.

Le second malade (Obs. XIX) a de l'atrophie testiculaire double et très avancée. Les deux testicules très mous au toucher ne sont pas pas plus gros qu'une petite fève; le droit est complètement insensible à la pression et au choc; le gauche a une sensibilité normale. S'il faut en croire le malade, ses testicules actuels n'auraient pas le 1/5 du volume qu'ils avaient autrefois. Cette atrophie est arrivée peu à peu. Le début de l'atrophie de l'organe remonte à 1883.

Enfin (Obs. XX), nous avons un malade dont le testicule gauche est très atrophié; sa consistance est molle et gommeuse, son volume ne dépasse pas celui d'un haricot

et sa sensibilité à la pression et au choc est considérablement amoindrie. Le testicule droit est normal comme volume et comme consistance ; mais, il est légèrement anesthésique. Le malade affirme que ses testicules avaient autrefois le même volume, mais, il ne peut pas préciser le début de l'atrophie.

L'atrophie testiculaire serait donc un peu plus fréquente que ne le pense M. le professeur Fournier, puisque notre statistique nous fournit trois cas sur vingt. Cependant avant de se prononcer, il faut attendre que d'autres observations viennent contrôler ces faits.

Il en sera de même pour le début de l'atrophie. M. le professeur Fournier a vu les testicules de son malade « s'atrophier soudainement et d'une façon extraordinaire » ; ce phénomène semblerait donc débuter subitement et marcher avec une grande rapidité. Les malades des observations XVIII et XX ne nous donnent rien de précis sur la marche de leur atrophie ; mais si nous nous en rapportons à l'observation XIX, nous voyons que l'atrophie testiculaire a débuté en 1883 et qu'elle est arrivée lentement et progressivement à ce qu'elle est aujourd'hui. Le début et la marche de ce symptôme restent donc encore à l'étude.

Notre incertitude est la même pour indiquer la période du tabes qui voit arriver l'atrophie. Ce symptôme est-il un phénomène du début ou bien frappe-t-il l'organe dans le cours de la maladie ? Nous ne pouvons rien tirer des observations XVIII et XX, puisque les malades ignorent l'époque

de l'apparition du phénomène ; mais l'observation XIX nous donne un malade dont le tabes a débuté en 1866 par une sciatique et qui n'a vu arriver l'atrophie qu'en 1883. Nous serions donc porté à considérer l'atrophie, d'après ce cas comme un symptôme survenant dans le cours du tabès et non pas dans la période prœataxique.

Rapports de l'atrophie avec la peau des bourses et le reflexe testiculaire.

Chez deux de nos malades (Observation XVIII et observation XIX la peau des bourses ainsi que la muqueuse du gland ont une apparence normale. Elles ont conservé leur sensibilité au pincement et à la piqûre (Observation XVIII et observation XX). Dans l'observation XIX, nous trouvons cette sensibilité un peu émoussée dans ces régions. Enfin, dans l'observation XX, nous constatons que les poils du scrotum et du pubis ont presque totalement disparu. Ces troubles sensitifs et trophiques ne paraissent pas être liés à l'atrophie testiculaire; je me contente de les signaler commc je l'ai déjà fait dans le chapitre qui a trait à l'anesthésie testiculaire.

L'abolition ou la diminution du réflexe testiculaire semblent au contraire être plus en rapport avec l'atrophie du testicule. Dans nos trois observations, il est très diminué ou complètement aboli du côté de l'atrophie. Ici encore, je ne fais que constater des faits sans oser en tirer des conclusions.

Rapports de l'atrophie testiculaire avec les organes génito-urinaires.

Les observations VIII et XIX ne nous révèlent aucun trouble de la miction chez ces deux malades. Dans l'observation XX, nous voyons l'atrophie coïncider avec une incontinence d'urine, qui dure depuis cinq ans. Nous ne pouvons donc rien établir de certain.

Il n'en est pas de même pour le rapport de l'atrophie avec les fonctions génitales. Nos trois observations indiquent chez nos malades une perte absolue de la puissance virile et cela depuis plusieurs années. P... (Obs. XVIII) a encore quelques rares érections, mais elles ne sont pas érotiques et disparaisseut rapidement. Quant aux autres, l'impuissance est complète. Ajoutons que nos trois malades n'ont pas de désirs génésiques et que leurs nuits ne sont jamais troublées par des pollutions ou des rêves voluptueux.

L'impuissance est donc intimement liée à l'atrophie. Il en est de même du pouvoir générateur, puisqu'il est impossible au malade de cohabiter dans ces conditions.

Rapports de l'atrophie testiculaire avec l'anesthésie de la glande.

L'anesthésie testiculaire complète ou incomplète semble coïncider souvent avec l'atrophie testiculaire. Dans l'obser-

vation XVIII, le testicule droit atrophié présente une diminution très notable de la sensibilité à la pression et au choc. V... (Obs. XIX) a de l'anesthésie testiculaire complète à droite, le testicule gauche ayant conservé toute sa sensibilité. Enfin, dans l'observation XX, le testicule gauche atrophié a perdu de sa sensibilité, comme le droit, qui a l'apparence normale. Ces trois observations sont concluantes et nous pouvons croire à la réunion de ces deux symptômes dans un testicule tabétique.

Valeur sémeiologique de l'atrophie testiculaire.

Nous pouvons répéter ici tout ce que nous avons dit sur la valeur sémeiologique de l'anesthésie testiculaire dans le tabes. Comme l'anesthésie, l'atrophie se retrouve chez les ataxiques. Nous n'avons trouvé que deux cas d'atrophie sur 20 malades; mais ce symptôme, quoique moins fréquent que l'anesthésie, a son importance et peut contribuer à meubler le cadre symptomatologique de la sclérose des cordons postérieurs. Toutefois, il ne s'en suit pas qu'un testicule atrophié dans les mêmes conditions doive fatalement appartenir à un tabétique. Comme pour le testicule anesthésique, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que le tabes soit la seule maladie de la moëlle dans laquelle puisse se rencontrer l'atrophie testiculaire. Les faits que nous avons pu recueillir à ce sujet sont trop insuffisants pour nous permettre de conclure.

Causes de l'atrophie testiculaire chez les tabétiques.

Si l'autopsie de M... (Obs. XVII) a pu nous donner une opinion sur les causes de l'anesthésie, nous entrons dans le domaine de l'hypothèse en ce qui concerne l'atrophie testiculaire survenant dans le cours du tabes. Cependant, les expériences d'Obolensky (1) semblent jeter un peu de jour sur la question. Cet expérimentateur, ayant coupé le nerf spermatique sur des lapins et sur des chiens, constata à la suite de son opération que le testicule correspondant, à la section du nerf, s'était atrophié. Il aurait même trouvé chez l'homme, dans une autopsie, le nerf spermatique d'un côté en dégénérescence graisseuse; le testicule correspondant était atrophié et il y avait un noyau de ramollissement dans la substance grise de la moelle. Pourquoi n'en serait-il pas de même chez nos malades? Il pourrait très bien se faire que cette atrophie, qui n'a rien de commun avec les ourles, la scarlatine, la variole et la syphilis soit, comme l'anesthésie, d'origine névritique et que la fonte de l'organe soit causée par une lésion de ses nerfs nutritifs.

(1) Obolensky (*Zeitschrift, f. rationn. med.*, 32, Bd, 2 Heft, 1868. — *Anal. in Gaz. hebdom.*, 1868, page 590).

CONCLUSIONS

1° Il n'est pas rare d'observer de l'anesthésie testiculaire complète ou incomplète dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive;

2° On rencontre aussi chez certains tabétiques de l'atrophie testiculaire. Ce symptôme moins fréquent que l'anesthésie paraît coïncider habituellement avec elle;

3° L'atrophie et l'anesthésie testiculaires ne sont pas en rapport constant avec les troubles sensitifs ou trophiques de la peau des bourses et du pénis, ni avec l'abolition ou la diminutton du réflexe testiculaire. Elles paraissent être plus intimement liées à l'impuissance.

4° Leurs causes sont encore incomplètement connues Cependant, elles sembleraient être d'origine névritique.

Vu bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
A. PITRES

Vu et approuvé :
Le Doyen,
A. PITRES

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
ROUMESTAN

Bordeaux.— Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cᵉ, 16, rue Cabirol, 16.